Rok VI. Warszawa, Październik 1927 r. Nr. 4

KWARTALNIK KLINICZNY

SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE

WYDAWNICTWO LEKARZY SZPITALA

Dno oka w obrazie fotograficznym

podał

Adam Zamenhof.

Od czasu, gdy fotografja dna ocznego stała się dostępna dla szerszych warstw świata lekarskiego, dzięki kamerze Nordensona, którą i nasz oddział oczny obecnie posiada, wskazane jest bliższe zaznajomienie się z niektóremi właściwościami dna oka w obrazie fotograficznym, obraz ten bowiem różni się pod niektóremi względami od tych, jakie przywykliśmy oglądać w atlasach oftalmoskopowych.

Zazwyczaj zarzuca się fotografji, że nie daje ona nam obrazu barwnego i dlatego nie może zastąpić rysunku akwarelowego. Jest to jednak przesąd, który łatwo zbić się daje, gdy zważymy, że fotografja posiada przedewszystkiem objektywność, mającą znaczenie cennego dokumentu. Z drugiej zaś strony dno oka w rzeczywistości nie tak już wiele barw posiada: są to przeważnie różne odcienie czerwonej i białej z dodatkiem koloru czarnego lub brunatnego i przy pewnem przyzwyczajeniu odcienie te, w jednej barwie oddane, również dobrze dają nam pojęcie o zmianach w siatkówce, nerwie wzrokowym lub naczyniówce, zwłaszcza gdy chodzi o zmiany postępujące. Ażeby jednak zmiany te ocenić, musimy sobie przedewszystkiem uprzytomnić, że fotografja daje nam obraz dna ocznego w świetle białem lampy łukowej, które pewne szczegóły uwydatnia, inne zaś zaciera. Jest to coś pośredniego pomiędzy zwykłym obrazem oftalmoskopowym, a obrazem, otrzymanym w świetle bezczerwiennem. Tak więc, dzięki obfitości promieni krótkofalistych, siatkówka staje się mniej przezroczysta, układ włókien nerwowych jest niekiedy znacznie wyraźniejszy, natomiast zmiany barwikowe w naczy-

niówce są mniej widoczne, są bowiem z jednej strony nieco przez siatkówkę zamaskowane, a z drugiej strony barwa brunatna wogóle na kliszę fotograficzną działa tak samo prawie, jak czerwona.

Bardzo wyraźnie występują odblaski od powierzchni siatkówki, jak to zresztą do pewnego stopnia ma miejsce przy badaniu każdym oftalmoskopem elektrycznym. Nie należy ich jednak uważać za przeszkodę w badaniu, a raczej staramy się je wykorzystać, gdyż wygląd ich i układ często daje nam pojęcie o stanie siatkówki, zwłaszcza w stanach obrzękowych.

Tutaj wspomnieć należy o odblasku w postaci dwuch krążków białych w samym środku obrazu, które rzeczywiście niekiedy za przeszkodę uważać można. Są to odblaski od soczewki zbierającej aparatu. Mamy je również w oftalmoskopie Gullstranda. Zawsze jednak możemy na dno oka tak się nastawić, aby odblaski te znalazły się w miejscu mniej ważnem, a zresztą wkrótce można się przyzwyczaić do zupełnego ich abstrahowania

Przechodzimy teraz do poszczególnych części dna ocznego.

Tarcza nerwu wzrokowego bywa naogół dobrze oddana co do kształtu i granic. Barwa jej jednak często zależy od siły odbitki fotograficznej. Na odbitkach słabych, zwłaszcza przy ciemnem zabarwieniu pozostałej części dna, ma ona niekiedy wygląd zanikowy. Przekrwienie tarczy natomiast wyraźnie występuje szczególnie wtedy, gdy mamy zagłębienie fizjologiczne i gdy białe zabarwienie okolicy wnęki naczyniowej dobrze się na tle różowem tarczy odbija.

Zatarcie granic tarczy wyraźnie występuje przy najlżejszym obrzęku włókien nerwowych, gdyż stają się one o wiele mniej przezroczystemi, niż w świetle żółtawem zwykłej lampy.

Naczynia na samej tarczy wydają się niekiedy węższemi, niż są w rzeczywistości, a to dlatego, iż tarcza, mówiąc językiem fotografów, jest zazwyczaj „prześwietlona“ w porównaniu z pozostałym dnem, i zarysy naczyń stają się mniej wyraźne jak to bywa z zarysami ram okiennych przy zdjęciach fotograficznych wnętrz.

Naczynia siatkówki uwydatniają się pozatem bardzo dobrze. Żyły od tętnic łatwo dają się odróżnić. Natomiast nieznaczne nawet zamglenie środowisk łamiących oka powoduje

brak ostrości w zarysach naczyń, co według Pillata jest cennym objawem, odrazu zwracającym na siebie uwagę.

Wrażenie nierównomierności kalibru naczyń może sprawić lekki obrzęk włókien siatkówkowych, zwłaszcza gdy włókna i naczynia krzyżują się pod kątem ostrym, albo gdy przebieg naczyń odchyla się od płaszczyzny siatkówki, jak to bywa często w stanach zastoinowych.

Fotografja oddaje nam zwykle najdrobniejsze rozgałęzienia naczyń, np. dookoła plamki żółtej. Wzdłuż naczyń uwydatniają się zazwyczaj odblaski siatkówkowe, wywołane lekkiem uniesieniem błony granicznej. W stanach fizjologicznych mają one wygląd wysoce charakterystyczny.

Jak już mówiliśmy, odblaski siatkówki występują na fotografji bardzo wyraźnie. Zazwyczaj odblask okrężny, otaczający plamkę żółtą w oku normalnem, zarysowuje się w postaci owalu leżącego, nieco większego od tarczy. W stanach obrzękowych odblask ten przestaje być gładkim, staje się łamanym, a niekiedy składa się z całego szeregu pasemek, ułożonych promieniście (rys. 2) i sprawiających na pierwszy rzut oka wrażenie figury gwiaździstej, jaką spostrzegamy w schorzeniu siatkówki pochodzenia nerkowego. Rozpoznajemy jednak zazwyczaj w tych odblaskach podwójne kontury, a przy badaniu stereoskopem mają one odcień srebrzysty.

Sama plamka żółta, a raczej dołek środkowy, występuje jako plama ciemna, o wiele wyraźniej, niż w zwykłym obrazie oftalmoskopowym, a to wskutek tego, że siatkówka, która pod wpływem promieni któtkofalistych staje się szarawa, zachowuje względną przezroczystość w miejscu, gdzie jest najcieńsza.

W samym środku plamki żółtej widzimy zazwyczaj odblask punkcikowaty dołeczka środkowego.

Wylewy krwawe w siatkówce uwydatniają się na kliszy dobrze. Wybroczyny przedsiatkówkowe mają często w środku wyraźny odblask powierzchni wypukłej.

Białe plamy na dnie oka, spowodowane zwyrodnieniem włókien nerwowych, dobrze są widoczne, niekiedy jednak trudno je odróżnić od oblasków siatkówkowych. Tu pomocnem być może zdjęcie stereoskopowe, na którem widzimy, że plamy jednakowo wyglądają na obu obrazach, natomiast odblaski na każdym z nich

nieco inaczej się układają. Zresztą odblaski mają niekiedy podwójne kontury.

Białe plamy ognisk odbarwionej naczyniówki łatwo rozpoznać, gdyż mają one przeważnie kształt okrągławy. Zdarza się czasem, że na zdjęciu widzimy odblaski okrągłe, zwłaszcza na obwodzie, spowodowane zanieczyszczeniem soczewki aparatu. Odblaski takie mają postać kręgów rozproszenia, pokrywają naczynia, a w obrazie stereoskopowym znajdują się dość daleko przed dnem oka, mniej więcej na poziomie odblasku środkowego.

Widzimy więc, że zdjęcie stereoskopowe może w pewnych wypadkach rozstrzygnąć wątpliwości co do znaczenia niektórych szczegółów obrazu. Ma jeszcze ono i tę zaletę, że braki jednego obrazu dopełniają się na drugim. Braki te mogą zależeć od wadliwego oświetlenia lub nastawienia na ostrość, wreszcie mogą to być wady kliszy lub papieru. Dlatego też zdjęcia wykonywane są na naszym oddziale zawsze stereoskopowo, a to w ten sposób, że robi się dwie fotografje, jedna po drugiej, przyczem oko ustawia się do każdego zdjęcia inaczej, tak, ażeby dno było widziane z dwóch różnych punktów, znajdujących się względem siebie mniej więcej pod kątem 5^{0}. Otrzymujemy to w ten sposób, że chory patrzy okiem niefotografowanem na lampkę, wiszącą na ścianie za aparatem, i lampkę tę przesuwa się nieco przy drugiem zdjęciu.

Zbytecznem jest chyba zaznaczać, że fotografja stereoskopowa uwydatnia w sposób niezwykle plastyczny większe różnice w poziomie zmian patologicznych dna ocznego, nie mówiąc już o tem, że stereoskop wogóle obraz powiększa.

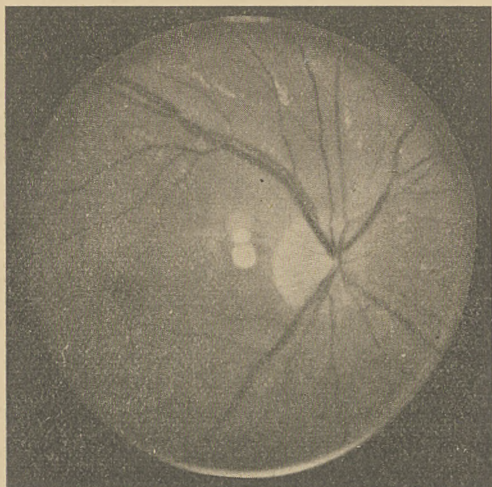
Najlepiej nadaje się do oglądania zdjęć zwyczajny (t. zw. amerykański) stereoskop, w którym druciki, przenaczone do trzymania obrazu należy nieco zgiąć, tak aby mogły one utrzymać pocztówki, na których zazwyczaj robione są u nas odbitki. Format pocztówkowy wydaje się najodpowiedniejszym, gdyż pozwala przechowywać zdjęcia w albumach do pocztówek, które łatwo jest wszędzie nabyć i które pozwalają fotografje wyjmować w celu oglądania.

W razie braku stereoskopu można posługiwać się dwiema soczewkami o sile 13 D, które się znajdą na każdym oddziale, gdzie uprawia się badanie oka wziernikiem. Umieszczając je przed oczyma, zbliżamy się do fotografji na odległość około 7 cm.

(przy normalnej refrakcji), starając się dobrze widzieć każdem okiem odpowiednie zdjęcie, a następnie przesuwamy soczewki tak długo, aż oba obrazy zleją się w jeden. Sposób ten, coprawda mniej wygodny, daje nam zato znaczniejsze powiększenie.

Zaznaczę wreszcie, że kamera Nordensona daje obraz prosty, a zatem w oku prawem widzimy tarczę na prawo od plamki żółtej, a w oku lewem na lewo. W razie wątpliwości należy mieć na względzie, że plamka żółta znajduje się nieco poniżej środka tarczy. Zresztą odbitki robione są w ten sposób, że przy dobrem ustawieniu napis: „Carte postale" na odwrocie znajduje się u góry, a w razie umieszczenia zdjęć obu oczu na jednej pocztówce, oko prawe znajduje się w górze.

Rozmiar zdjęć o średnicy 3,5 cm. w zupełności wystarcza do oglądania przez lupę lub za pomocą stereoskopu. Gdy jednak chodzi o klisze, przeznaczone do druku na zwykłym papierze, lepiej je powiększać do 6 cm, albowiem oglądanie przez lupę klisz drukowanych jest niemożliwe, gdyż w ten sposób siateczka cynkograficzna zbytnio się uwydatnia.



Fot. 1. Dno oka normalne.

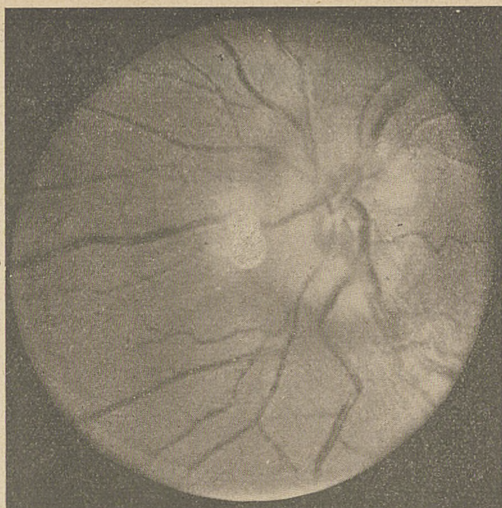
Granice tarczy ostre. Tarcza lekko zaróżowiona (na fotografji zabarwiono na szaro), nieco jaśniejsza przy wnęce naczyniowej, oraz na obwodzie skroniowym (sierp skroniowy fizjologiczny). Żyły nieco grubsze i ciemniejsze od tętnic, na grubszych pniach widać odblask środkowy. Przy naczy-

niach tu i owdzie srebrzyste odblaski fizjologiczne siatkówki, w postaci łuসek. Takież odblaski układają się w linję łukowatą nosowo od tarczy Plamka żółta widoczna jako ciemne miejsce. Dookoła niej odblaski punkcikowate, ułożone łukowato. W środku zdjęcia dwa odblaski od soczewki aparatu, jak w oftalmoskopie Gullstranda. W górno-nosowej części lekkie. zamglenie (obrzęk?) siatkówki tuż przy tarczy, maskujący nieco jej granice. W tem miejscu, jak również wzdłuż naczyń górnych skroniowych, widoczny układ włókien nerwowych.



Fot. 2. Przekrwienie dna ocznego po przebytem zapaleniu tęczówki.

Tarcza silnie zaróżowiona (tu zaciemniona), granice górne, dolne i nosowe zatarte (neuritis?). Żyły silnie rozszerzone, tętnice o przebiegu wężykowatym. Naczynia na tarczy mają białe obwódki (obrzęk otoczki naczyń). Wzdłuż grubych pni widać wyraźnie układ włókien nerwowych (obrzęk siatkówki). Dookoła plamki odblaski układają się promieniście, niektóre mają podwójne kontury. Między plamką żółtą a tarczą, zwłaszcza nieco poniżej, cały szereg prążków równoległych matowych (pofałdowanie powierzchni obrzękłej siatkówki, względnie błony granicznej wewnętrznej), ułożonych prostopadle do kierunku włókien nerwowych. W górnej części na obwodzie obrzękłe włókna nerwowe częściowo maskują rozgałęzienie żyły. Nieco poniżej kilka odblasków. V = 0,8.



Fot. 3. Tarcza zastoinowa.

Tarcza obrzękła, powiększona prawie dwukrotnie. Obrzęk układa się w postaci koła, pozostawiając zagłębienie w okolicy wnęki, gdzie naczynia mają wyraźną obwódkę białą. W obrębie obrzęku naczynia częściowo zasłonięte. Żyły znacznie szersze od tętnic (więcej niż dwukrotnie). Poza granicą obrzęku odblask okrężny, przerywany, jak od powierzchni wklęsłej. Naczynia załamują się na granicy obrzęku, co uwidacznia się na ich odblaskach środkowych. W dół od tarczy naczynia częściowo zamaskowane odblaskiem siatkówkowym. Nieco powyżej odblasku centralnego wybroczynka wrzecionowata tuż pod tętnicą.

Otrzymano w lutym 1927 r.

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO (ORDYNATOR: A. SOŁOWIEJCZYK).

O znaczeniu tworzenia wału ochronnego z krwi w leczeniu złośliwych czyraków.

Podał

A. Graber.

Znaczna wzgl. śmiertelność z powodu złośliwych spraw zapalnych na twarzy, a w szczególności czyraków i karbunkułów na wargach, a pozatem niekiedy i bezradność chirurga wobec szybkiego szerzenia się schorzenia, sprawiają, że poszukiwania

sposobów i środków ku opanowaniu tych cierpień zakaźnych wciąż jeszcze są na porządku dziennym.

W przypadkach łagodnych leczenie operacyjne, bądź zachowawcze, jest wzgl. łatwe i daje wyniki dodatnie. Inaczej rzecz się ma w przypadkach złośliwych, o szybkiem szerzeniu się stanu zapalnego, tu bowiem groźny się staje obraz chorobowy z wysoką ciepłotą, dreszczami, narastającym obrzękiem, wymiotami, zamroczeniami i n. inn. Przypadki takie, jak wiadomo, kończą się zwykle zejściem śmiertelnem. Operacyjne postępowanie lub zachowawcze dają tu wyleczenie rzadko. Z ogniska zakażonego następuje zatrucie całego ustroju, a jadowitość bakterji jest zazwyczaj tak wielka, że obronne w walce tej siły organizmu nie mogą się im przeciwstawić.

Zakażenie ustroju z ogniska chorobowego następuje bądź przez wchłanianie drobnoustrojów, wzgl. ich jadów, w sieci włosowatej i naczyniach chłonnych, bądź też przez zakrzepy żylne, zakażone, przedewszystkiem w zatoce jamistej. Lecz i tam, gdzie ogólne zakażenie ustroju następuje przez zakażone zakrzepy żylne, w pewnym okresie cierpienia jad, wzgl. drobnoustroje same, dostają się do krwiobiegu przez naczynia włosowate, a stąd ciężki stan ogólny chorego.

Gdyby się więc udało w ten lub inny sposób zupełnie przerwać, wzgl. zahamować, stały dopływ substancji zakaźnych z ogniska chorobowego do krwiobiegu, to organizm prawdopodobnie zdołałby łatwo zmóc już istniejące zakażenie, albo też, być może, nie doszłoby zupełnie do zakażenia ogólnego. W warunkach takiej korzystnej walki obronnej organizmu wyleczenie ogniska chorobowego nastąpiłoby też samoistnie.

L ä v e n, wychodząc z wyżej wymienionego założenia, podał, jako sposób leczenia złośliwych spraw zapalnych ogniskowych na twarzy, nastrzykiwanie wokół ogniska krwi pacjenta jednocześnie z zabiegiem operacyjnym (rozległe nacięcia całego ogniska chorobowego).

Uzasadnieniem takiego postępowania były tu względy następujące. Po pierwsze, nastrzyknięta krew stanowi mechaniczną osłonę, ograniczającą przenikanie drobnoustrojów i jadów z ogniska chorego do organizmu, a gdy jednocześnie będzie ono szeroko otwarte, wzgl. jady zakażające będą wydalonena zewnątrz, to sprawa chorobowa ulegnie zanikowi; po drugie, krew własna

chorego nie spowoduje uszkodzeń jego tkanki zdrowej; po trzecie, krew posiada własności bakterjobójcze i przeciwjadowe, jest więc antisepticum, niedrażniącem zupełnie tkanek ustroju; po czwarte, nastrzyknięta krew wywołuje i dodatnie działanie ogólne, uczulające, jak w leczeniu proteinowem. Zdawałoby się, że postępowanie takie posiadać winno i pewne cechy ujemne: wstrzykiwanie płynu wokół ogniska chorobowego samo już sprzyjać może przenikaniu drobnoustrojów i jadów do otaczającej tkanki zdrowej, przestrzenie międzykomórkowe bowiem przez to poszerzają się, a następnie krwiaki, jak wiadomo, są dobrem podłożem dla drobnoustrojów ropotwórczych.

Jednak badania doświadczalne oraz kliniczne dały Lävenowi następujące wyniki. Gdy, obok rozległych nacięć ogniska chorobowego, wykonano wokół nastrzykiwania krwią, to objawy zapalne we wszystkich spostrzeżeniach szybko mijały; w żadnym przypadku obrzęk zapalny nie szerzył się poza linję nastrzykiwania, a wytworzony w miejscu nastrzyków obrzęk trwał tylko 24 godz., poczem zanikał, pozostawiając na skórze charakterystyczne zmiany barwikowe.

Rzecz najbardziej tu znamienna, że sprawa zapalna nie posuwała się poza linję nastrzykiwania, nie dochodziło też do zakażenia krwi wtłoczonej.

Tak więc krew, wzięta z żyły chorego i wtłoczona do tkanki zdrowej, przechodzi inną przemianę biochemiczną, niż w krwiaku, spowodowanym przez uraz, gdyż tu—obok krwi płynnej — są też i skrzepy. Jeżeli zwierzęciu wtłoczymy do stawu krew jego, to, jak wiadomo, nie krzepnie ona w nim, lecz bardzo szybko ulega wessaniu; tak się też staje, gdy wtłoczymy krew do jamy opłucny.

Zjawisko to słusznie, zdaje się, tłumaczyć należy tem, że przy doświadczalnem wtłaczaniu krwi aparat chłonny pozostaje nienaruszony, natomiast w miejscu krwiaka zniszczone są obok naczyń krwionośnych też i chłonne, a urazowi ulegają tu też i tkanki.

Podczas tłoczenia krwi do tkanek przez igłę ulegają one tylko rozczepieniu, a uszkodzenie nieuniknione jest tu tak nieznaczne, że można go nie brać pod uwagę.

Nie łatwo orzec, w jaki sposób działa tu krew wtłoczona. Prawdopodobnie w grę wchodzą czynniki rozmaite. Wtłoczona krew rozsuwa tkanki, spoistość ich w danem miejscu się prze-

rywa, wprowadza się więc międzywarstwowo substancję, działającą mniej lub więcej bakterjobójczo oraz uczulająco, jako ciało proteinowe. Wtłoczona krew ma tu też znaczenie czynnika dodatniego, mechanicznego; masa krwi wypełnia dokładnie przestrzenie międzykomórkowe i międzytkankowe, uciska naczynia krwionośne i chłonne, przez co, z jednej strony, powoduje przekrwienie bierne, z drugiej hamuje przenikanie drobnoustrojów (Thomann), wzgl. jadów ich, do krwiobiegu. Zwiększa się też znacznie ciśnienie wewnątrztkankowe, które z kolei sprzyja wydalaniu wydzieliny. Wtłoczona krew ulega następnie zmianom, rozpadowi. Im więcej wtłoczymy w danem miejscu krwi, tem dłużej trwa wchłanianie; rozpad czerwonych c. krwi jest wówczas znaczniejszy, a co zatem, zwiększa się leukocytoza oraz wytwórcze zapalenie jałowe z udziałem elementów łącznotkankowych.

Badania Hilgenberga i Thoma (na zlecenie Lävena) ad mechanicznym działaniem wtłoczonej krwi wskazały na istotną rolę dodatnią tego czynnika.

Spostrzeżenia własne pozwalają mi przypuszczać, że po nastrzyknięciu krwi do tkanek, otaczających ognisko zapalne, tworzą się zatory w naczyniach żylnych, a stąd znany obraz patologiczny. Naczynia ulegaią zamknięciu, przenikanie przez nie z ogniska chorobowego jadów, wzgl. bakterji, ulega zahamowaniu. Dowodem prawdopodobnej słuszności takiego tłumaczenia jest powstawanie wylewów krwawych w miejscach, wzgl. oddalonych od pola zabiegu (np. wylew krwawy pod oczodołem lub w powiece górnej po nastrzykiwaniu krwi wokół ogniska chorobowego pod wargą górną; (patrz niżej szkice spostrzeżeń).

Stosowanie hemoterapji w sprawach zapalnych nie jest postępowaniem nowem w lecznictwie; w starożytnem piśmiennictwie były już o niem odpowiednie wzmianki. Ostatnio postępowanie takie zyskuje większe zastosowanie. Podana przez Lävena odrębna technika nastrzykiwania była jednak dotychczas nieznana. Chodzi tu bowiem nie o wywołanie działania ogólnego (zastrzykiwanie krwi zdala od ogniska chorobowego), ani też o podziałanie krwi w ognisku samem, jak w postępowaniu Müllera, Peiser'a, Rieder'a, Nurney'a lub Goljanickiego. Ci bowiem, jak wiadomo, stosują zarówno krew własną chorych, jak i zwierzęcą, surowicę krwi, krew odwłóknioną, krew z wodą przekroploną, w mniemaniu, że krew ta w ognisku chorobowem działa

przez zawarte w niej zaczyny. Lecz do postępowania takiego nadają się tylko ropnie ograniczone, niewielkie; wtedy też wprowadzony zaczyn dokładnie może być z całą zawartością ropnia zmieszany.

W czyrakach złośliwych i karbunkułach takie działanie jest niemożliwe. Tu bowiem, jak wiadomo, w tkankach, znajdują się liczne gniazda chore, ogniska martwicze, zawierające drobnoustroje; tu sprawa szerzy się przez nacieki w coraz to innych warstwach i kierunku, przyczem w rozwoju postępującym sprawy do tworzenia się ropni jednak nie dochodzi. W zabiegu, przez liczne nacięcia, stwierdza się zazwyczaj rozlegle rozgałęzione nacieczenia, jakby pasma chore, drążące w głąb tkanki, lub też tylko ogniska bardzo liczne, większe czy mniejsze, ale ropni niema. Stąd też i działanie zaczynów nie może tu mieć większego znaczenia. Metodyka postępowania Lävena w przeciwieństwie do innych omija ognisko chorobowe i ma na celu przez stosowanie leku na obwodzie ogniska odgraniczenie tkanki chorej od otaczającej tkanki zdrowej, przyczem krew nastrzykuje się do tkanki zdrowej obrzeżnie.

Jeżeli więc zważymy, jak szybko i w jaki sposób sprawa chorobowa w czyrakach złośliwych i karbunkułach się szerzy jak wielką jest tu skłonność do nacieków w tkankach, (względnie jadowitość drobnoustrojów), to mimowoli nasuwa się myśl, że całkowite wycięcie ogniska chorego w granicach tkanki zdrowej może mieć swój cel i uzasadnienie, natomiast wykonywanie jedynie rozległych nacięć ogniska musi nasunąć wiele wątpliwości.

Dlatego też w przypadkach, które ostatnio miałem możność spostrzegać, nie stosowałem już terapji w postaci nacięć ogniska chorobowego. Obrałem postępowanie zachowawcze, a mianowicie: stosowałem nastrzykiwania dokładne krwi pacjenta wokół ogniska zapalnego, a na nie nakładano maść salicylową, okłady wyskokowe, oraz poddawano je często działaniu parówek (z inhalatora bez rurki szklanej), z domieszką sody czystej. W przypadkach, w których doszło już do ogólnego zakażenia ustroju, podawano środki, które w lecznictwie zakażeń ogólnych są wskazane. W dwóch przypadkach wprowadziłem dożylnie Mercurochrom 220 (Young; patrz niżej szkice spostrzeżeń), z dobrym wynikiem a były to przypadki szczególnie groźne.

Technika wykonywania wskazanych nastrzyków okrężnych ma tu niewątpliwie bardzo ważne znaczenie.

Przed samym zabiegiem należy więc przygotować 2 strzykawki 10 ctm³ i kilka igieł cienkich i grubych. Po nałożeniu na ramię chorego opaski elastycznej, asystent nakłuwa żyłę łokciową i odtłacza krew do strzykawki, zdejmuje pełną, zastępuje próżną; kilka razy powtarza ten zabieg; operator zaś przez grubą igłę nastrzykuje krwią, warstwa za warstwą, całą przestrzeń, otaczającą chore ognisko, bezwzględnie zawsze w granicach tkanki zdrowej.

W ten sposób przenika się tu możliwie jaknajgłębiej, aby i od dołu, jakby wałem krwi ochronnym, odgraniczyć jaknajdokładniej ognisko chore od otaczającej tkanki. Ilość krwi użytej bywa różna—zależnie od rozległości ogniska chorobowego. Należy krew tłoczyć pod znacznem ciśnieniem, wówczas po wyjęciu igły widać krew, wydobywającą się przez otwór wkłucia. Jeżeli podczas tłoczenia krew uchodzi przez istniejące już otwory zewnętrzne ogniska, dowodzi to, że nastrzykiwanie jest wykonane zbyt blizko tkanki chorej. Po zabiegu należy nałożyć opatrunek. Zabieg jest wzgl. bolesny, lecz dotąd w żadnym z moich przypadków nie było potrzeby zastosowania uśpienia ogólnego.

Pierwsze próby, wyżej opisanego postępowania, poczyniłem w przypadkach b. ciężkich (jeden był groźny). Zachęcony dobrym wynikiem, zacząłem stosować metodę tą i w wypadkach łagodnych. I tu wynik postępowania był też niekiedy zdumiewający. Już nazajutrz obrzęk zapalny się zmniejszał, wzgl. prawie zanikał; w ognisku otwartem czopy można było łatwo oddzielić; po 2—3 dniach zaczynało się ropienie (szybko zresztą przemijające), a sprawa chorobowa prędko ustępowała.

Ostatnio miałem sposobność zastosowania wyż. opisanego postępowania w okresie wczesnym cierpienia (patrz niż. szkice chorób) u 70-oletniego, chorego od 2 dni, (furunculus labii.); po 2 dniach obrzęk wargi zanikł, pozostał ślad w postaci nieznacznego stwardnienia.

Tak więc krew nastrzyknięta, jak wyżej wskazano, hamuje szerzenie się sprawy zapalnej; najbardziej zdumiewające i szczególnie godne podkreślenia jest tu to, że gdy sprawa zatrzymuje się na linji wału ochronnego z nastrzykniętej krwi chorego, to przeciwnie szerzy się szybko w kierunku, który wałem takim nie został osłonięty.

W żadnym z leczonych przezemnie dotąd przypadków czyraków złośliwych i karbunkułów nie było konieczności wykonania nacięć ogniska (Läven). Leczenie zachowawcze wystarczało w zupełności.

Szkice chorób.

L. J., l. 16 26/XII. 26. Furunculus labii sup. sin. Sepsis. Wyciskał „krostę“; nazajutrz dreszcze, t—39°, poty. Duży obrzęk twardy wargi górnej, lew. policzka prawie do oczodołu. Propidon; parówki

z sodą oczyszczoną 2 dni. Pogorszenie. Wał ochronny z krwi chorego wokół ogniska (40 ctm. krwi).

Już nazajutrz znaczna poprawa; na części śluzowej wargi górnej otwór, z którego wydala się ropa. 7/I. 27 wyzdrowienie.

M. B., l. 69. Carbunculus ben, frontis, wielkości dłoni, od 2 dni T° — 39°, dreszcze, sprawa szybko postępuje. 26/III wał ochronny z krwi chorego wokół ogniska i pod niem, do samej kości. Już nazajutrz znaczna poprawa. 13/IV. 27 wyzdrowienie.

G. Z. l. 25. Carbunculus ben. frontis, o średnicy 3 ctm., od kilku dni — w miejscu wyciskania „krosty"; dreszcze (ciepłoty nie mierzono), 6/IV. 27 zastrzyknięto wokół ogniska 20 ctm. krwi chorej. 10/IV. wyzdrowienie.

J. A., l. 20. Carbunculus ben. reg. supercilii dextr (2 ctm. średnicy) od 2 dni. 6/IV.27 nastrzyknięto 20 ctm. krwi chorego. 13/IV. 27 wyzdrowienie.

A. B., 52. Carbunculus ben. dorsi (do 5 ctm. średnicy) od tygodnia wciąż większy. W moczu 1% cukru. 15/V. 26 nastrzyk wokół ogniska i pod niem krwi chorej. 29/V. wyzdrowienie.

O., l. 19. Carbunculus ben. labii inferioris, po wyciśnięciu „krosty," w nocy dreszcze. 16/8.26 nacieczenie o średnicy 2 ctm.; 20 ctm. krwi chorego wokół ogniska. 20/8 wyzdrowienie.

R. S., l. 42. Carbunculus ben. frontis (5 cmt. średnicy); przebieg łagodny. 7/11.27 nastrzyknięto 40 ctm. krwi chorego. Propidon; m. salicylowa. 14/11. 27 wyleczony.

L. R., l. 30. Carbunculus ben. dorsi, wielkości dłoni. Sepsis. Maść salicylowa, okłady, propidon,—bez wyniku; po 3 dniach naciek już $1\frac{1}{2}$ dłoni. T° — 39°, dreszcze, poty. Sprawa szerzy się ku dołowi i nazewnątrz. 40 ctm. krwi chorego nastrzyknięto od dołu i z zewnątrz ogniska. Wałem ochronnym z nastrzykniętej krwi sprawę chorobową zahamowano, natomiast szerzyła się dalej ku górze i na wewnątrz. Nastrzyknięto znów 30 ctm. krwi — sprawę umiejscowiono. Po tyg. już bez obrzęku; pozostały pojedyncze otwory w skórze, z których wydziela się nieco ropy.

Sz. L. l. 75. Carbunculus ben. labii sup., Sepsis od 2 dni. Warga b. obrzęknięta, dreszcze, t° — 39°, poty. 19/X 26. nastrzyknięto 25 ctm. krwi chorego. 21/X obrzęk < <, t° — norm. (pozostało małe, twarde ognisko na gornej wardze). Wylew krwawy pod oczodołem. 26/X wyzdrowienie.

D. S., l. 17 Carbunculus ben. labii inf. sin.; sepsis. 15/7. 26 st. ob. ciężki, nieprzytomna, t° — 39,9, tętno — 112, dreszcze, oddech utrudniony. Yatrenicazeina, propidon, parówki z sodą. Stan coraz gorszy, nacieczenie twarde obejmuje cały dół podszczękowy l., szyję

aż do dołów nadobojczykowych. Tętno — 132. 125 ctm. krwi nastrzyknięto u dolnej granicy obrzęku i po bokach (dokładniejsze nastrzyknięcia wobec rozległości sprawy zapalnej było niemożliwe. Poza wał ochronny z krwi obrzęk nie przesunął się, natomiast szerzył się ku górze w stronę lewego policzka. Krwiak l. powieki górnej. Nastrzyknięto więc 20 ctm. krwi chorej, aby odgraniczyć i od góry ognisko chore. Stan ogólny nadal ciężki, lecz sprawa miejscowa już się nie posuwa, obrzęk mniejszy. 26/VII 26 stan znacznie lepszy, obrzęk szybko znika. Z powodu ropni na rękach, nogach i piersi oraz ropotoku z ucha lewego leczenie trwało do 13/X 26. Wypisana zdrowa. W leczeniu ogólnem stosowano tu autoszczepionkę, Mercurochrom 220 3°/₀ dożylnie (25 ctm., po 2 dniach 20 ctm.), neosalvarsan 2 razy po 0,45. Collargol w kroplówkach. Miejscowo parówki z sodą oczyszczoną i okłady wyskokowe. Posiewem w krwi wykryto staphylococcus aureus.

Znamienne właśnie tu było, że z krwi użytej do nastrzykiwań wyhodowano drobnoustroje. A więc wał ochronny z krwi zakażonej wstrzymywał wyraźnie postępowanie sprawy zapalnej i nie doszło do zmian patologicznych, zachodzących zwykle w krwiakach zakażonych. Zjawisko to, zdaje się, należy tłumaczyć tem, że w okolicy ogniska zapalnego, w otaczających je tkankach zdrowych, skupiają się w takiej ilości środki odpornościowe organizmu, że stają się dostateczne dla zniweczenia wprowadzonych z krwią drobnoustrojów; wytworzony wał ochronny z krwi działa tu tak, jak już zaznaczono.

W zestawieniu dane przytoczone powyżej pozwalają uznać tworzenie wału ochronnego z nastrzykiwanej krwi chorego wokół ogniska złośliwej sprawy zapalnej w skórze za metodę leczniczą.

PIŚMIENNICTWO.

Laven Verhandl. d. deutsch. Gesellsch f. Chirurg. 1923. Zentral. f. Chir. 1923. NN. 26. 38—39. Münchener med. Woch, 1923 S. 1069 u; 1924 S. 455. Hilgenberg u. Thomann Deutsch. Zeitsch. f. Chirurg, Bd. CLXXX S. 267. Linhart Zentral. f. Chir. 1924 N. 28. Goljanicki Zentral. f Chir. N. 29. Thomann Bruns Beitrage Bd. CXXXII Hft. 2 1924.

Z ODDZIAŁU CHORÓB WEWNĘTRZNYCH (ORDYNATOR: G. LEWIN).

Badania nad objawem opaskowym Rumpel-Leede'a w chorobach wewnętrznych.

Podał

Michał Szour.

Jak wiadomo z patologji szczegółowej, objaw Rumpel-Leede'a występuje stale w małopłytkowości samoistnej, niekiedy objawowej oraz w płonicy. Według Stephan'a jest on dowodem schorzenia śródbłonków naczyń włoskowatych i dlatego też występuje niekiedy w zapaleniu wsierdzia, które, zdaniem wielu, jest schorzeniem naczyń. To też objaw opaskowy ma ustaloną opinję wskaźnika skazy krwotocznej, wzgl. schorzenia naczyń.

Obserwując ten objaw w ciągu ostatnich 6 lat u osobników z chorobami wewnętrznemi, zwróciliśmy uwagę, że objaw opaskowy występuje znacznie częściej, niż należałoby przypuszczać z dotychczasowych naszych wiadomości o nim; pozatem stwierdza go się w najróżnorodniejszych chorobach bez cech skazy krwotocznej lub schorzenia naczyń. Ustaliliśmy wreszcie, że objaw ten występuje i u osobników klinicznie zdrowych.

Wobec tego przeprowadziliśmy systematyczne odnośne badania u kilkuset chorych wewnętrznych, aby stwierdzić stopień zależności objawu opaskowego od rodzaju choroby, wzgl. czynników ustrojowych. Spostrzeżenia, któremi obecnie rozporządzamy, obejmują 153 przyp. chorych, w tem 30 kobiet i 123 mężczyzn.

Niewspółmierność ta tłumaczy się, poza względami technicznemi — większa liczba łóżek męskich na oddz. d-ra Lewina, również i rzadszem występowaniem objawu opaskowego u mężczyzn, przypuszczaliśmy więc, że badanie mężczyzn w obranym kierunku prędzej doprowadzi do wyświetlenia sprawy.

Technika badania. Aby wywołać objaw opaskowy nakładaliśmy dren gumowy — zgłębnik żołądkowy (Stephan, Spitz i inni używają bandażu elastycznego), 5—8 ctm. powyżej łokcia na 15′. Bacznie śledziliśmy, aby opaska się nie zsuwała a tętno stale ledwo się wyczuwało. We wszystkich przyp. staraliśmy się stosować jedna-

kowy ucisk, bez użycia jednak tonometru, sposób powyższy jest bowiem klinicznie wystarczający i stosowany na wielu oddz. klinicznych (również i na oddz. szpitalnych doc. Kleina i d-ra Lewina, przez Spitz'a i inn.). Ocenę wyniku badania wykonywaliśmy w miejscu dobrze oświetlonem bez pomocy lupy, natychmiast po zdjęciu opaski, po 2—3 minutach i w ciągu kilku dni następnych. Wynik dodatni badania — drobne krwawe wybroczyny, różowe i czerwone, na skórze ramienia i przedramienia, w liczbie kilkunastu — kilkudziesięciu oznaczaliśmy +; gdy były liczne wybroczynki, różnej wielkości, o zabarwieniu różowem do ciemno-czerwonego, na rozległej przestrzeni ramienia i przedramienia, to znakiem ++; mocny odczyn — gdy ramię poniżej opaski i większa część przedramienia (również i na powierzchni wyprostnej) były gęsto usiane wybroczynami, niekiedy większemi wylewami, oznaczaliśmy +++; kilka, do 10 drobnych wybroczyn na ramieniu lub przedramieniu po zdjęciu opaski, oznaczaliśmy ±; 2—5 drobnych wyborczyn w 2—3 min. po zdjęciu opaski—przez ∓; ujemny objaw przez —. Z dodatkowych badań określaliśmy krzepliwość w/g Wright'a, liczbę płytek — w/g Fonio; ilość wapnia w surowicy krwi — sposobem de Waard'a, szybkość opadania czerwonych krwinek określaliśmy tylko do podziałki 18 mm;odporność czerwonych krwinek na hipotoniczne rozczyny soli kuchennej stwierdzaliśmy zapomocą wirowania w ½ godz. po dodaniu do rozczynów soli 2 kropli przemytych krwinek; do przyżyciowego barwienia substancji siateczkowo-nitkowatej (reticulo-filamentosa) w czerwonych krwinkach używaliśmy 1% rozczynu alkoholowego błękitu brillantkrezyl'owego i t. d.

Zestawienie statystyczne. W badaniach naszych uderza przedewszystkiem częstość występowania objawu R—L[1]; w 82 przyp. z ogólnej liczby 153 (do 54%). Po drugie, zwraca uwagę różnica w częstości występowania objawu R—L u kobiet i mężczyzn. Z liczby 30 kobiet tylko u 8-iu nie było dodatniego objawu opaskowego, a więc u 73% kobiet stwierdzono objaw R—L, gdy u mężczyzn w 60 przyp. z liczby 123, czyli do 49%. Tak więc u kobiet objaw R.—L. stwierdza się 1½ raza częściej. U 12 mężczyzn i u 3-ch kobiet oznaczyliśmy objaw R.—L. 3-ma +++, zarówno więc u mężczyzn, jak i u kobiet < > 10%. Dwu ++ oznaczyliśmy 11 spostrzeżeń u mężczyzn i 8 u kobiet, czyli do 9% u męższ. i 27% u kobiet. Przez + 26 (do 21%) u mężcz. i 3 (10%) u kobiet i przez ± oraz ∓ w 11 przyp. u mężczyzn i w 8-u u kobiet (9% i 27%). Z tego zestawienia liczbowego można wnioskować, że u kobiet znacznie częściej występuje mocny objaw R.—L. oraz niewyraźny. Natomiast wyraźny objaw R.—L w naszych spostrzeżeniach częściej występował u mężczyzn.

[1]) Objaw R.—L. — dodatni objaw opaskowy wdłg. Rumpel-Leede'a.

Wśród przyp. z dodatnim objawem opaskowym było: 23 przyp. gruźlicy (płuc, opłucny, otrzewny, jelit i t. d,), 8 przyp. różnorodnych żółtaczek (kamica żółciowa, zapalenie dróg żółciowych i woreczka żółciowego), 3 przyp. raka trzustki, 8 przyp. zwyrodnienia mięśnia sercowego (wady serca, miażdżyca i t. p.), 5 przyp. zapalenia wsierdzia, 5 przyp. zapalenia stawów, 4 przyp. małopłytkowości samoistnej, 3 przyp. zapalenia nerek, 2 przyp. czerwienicy samoistnej, 2 przyp. schorzeń gruczołów dokrewnych, po 2 przyp. wrzodu żołądka, zrostów przydwunastniczych, histerji, po 1 przyp. zapalenia płuc, dychawicy oskrzelowej, ropnego zapalenia tkanki przynerkowej, raka żołądka, nadkwaśności, ziarniny złośliwej, ciężkiej cukrzycy, wiądu rdzenia, kilka przyp. zatruć kwasami, ługami i t. p. i t. d. Z wyjątkiem małopłytkowości samoistnej, wiele przypadków schorzeń wymienionych przebiegało też i z ujemnym objawem opaskowym. A więc nie było go: w 27 przyp. gruźlicy (różnych narządów) 4 żółtaczki (w tem 1 przyp. raka trzustki), 3 zwyrodnienia mięśnia sercowego, 2 zapalenia wsierdzia, 1 zapalenia osierdzia, 1 zakażenia ogólnego z zapaleniem wsierdzia, 5 zapalenia stawów, 6 schorzenia nerek, 2 chorób gruczołów dokrewnych (1 guz przysadki mózgowej i 1 guz jajnika), 5 chorób krwi (ziarnina złośliwa, anemja złośliwa, białaczki), 3 chorób żołądka, 3 dychawicy oskrzelowej, 2 cukrzycy, 2 zapalenia płuc, 1 choroby Bechterew'a, u kilku przyp. zatruć w celu samobójstwa i t. d. i t. d.

Objaw R.—L. nieodzownie towarzyszy więc jednemu schorzeniu — małopłytkowości samoistnej; zgadza się to z dotychczasowemi spostrzeżeniami. W czerwienicy samoistnej również nie spostrzegaliśmy ujemnego objawu opaskowego, mała jednak liczba przypadków (2) nie uprawnia do ostatecznych wniosków. W przebiegu wszystkich innych schorzeń wewnętrznych spostrzega się zarówno dodatni jak i ujemny objaw opaskowy, a więc nie zależy on od określonego schorzenia, aczkolwiek jest częstem zjawiskiem w chorobach wewnętrznych. Można tylko dodać, że poszczególne schorzenia częściej niż inne przebiegają z objawem R.—L. (+ + lub + + +); do tych zaliczyć należy małopłytkowość samoistną, zapalenie wsierdzia (endoc. lenta), zapalenie dróg żółciowych, czerwienicę samoistną, schorzenia wielogruczołowe (również i chorobę Basedow'a), niektóre przyp. gruźlicy i t. p.. Lecz nie jest to prawidłem. Wśród naszych spostrzeżeń z mocnym objawem R.—L. możemy bowiem zanotować przypadek Ca. ventriculi et paranephritis, wiąd rdzenia, histerję i n. m.

Spostrzeżenia i doświadczenia kliniczne. Wobec powyższego doszliśmy do wniosku, że objaw R.-L. o różnem natężeniu zależy nie od rodzaju schorzenia, lecz od zmian, jakie w danym ustroju o podatnem podłożu może wywołać schorzenie. Wyjątkiem pozostałaby choroba Werlhoff'a w okresie natężenia, ona bowiem widocznie w każdym ustroju może spowodować zmiany, warunkujące dodatni objaw opaskowy. Zaczęliśmy więc badać własności ustroju, sprzyjające powstawaniu objawu R.-L. Przedewszystkiem usiłowaliśmy ustalić związek pomiędzy objawem R.-L., domniemanym wskaźnikiem skazy krwotocznej, a innymi objawami krwotoczności, jak liczba płytek, czas krwawienia, krzepliwość, ilość wapnia w surowicy krwi i t. p. Wiadomo przecież, że naogół im mniejsza bywa liczba płytek, we krwi w chorobie Werlhoff'a, tem mocniej występuje objaw opaskowy. Niektórzy, jak np. Spitz, ustalili tę najmniejszą liczbę płytek, od której już zależy występowanie w chorobie Werlhoff'a objawu R.-L. (w/g Spitza 54.000 płytek w 1 mm^3 krwi).

Nasze spostrzeżenia wykazywały w 1 mm^3 krwi w chwili stwierdzenia objawu opaskowego: 1150 pł. (R.-L.+), 235000pł. (R.-L.+++), 1935 pł. (R.-L. ++), 1872 pł. (R.-L. ++). Trudno więc powiedzieć, czy od tej lub innej liczby płytek zależy objaw R.-L. Widzimy tylko, że przy największej liczbie płytek mieliśmy najmocniejszy objaw R.-L. Zresztą w wielu przyp. innych schorzeń z normalną i większą liczbą płytek spostrzegaliśmy mocny objaw R.-L. Jeżeli więc istotnie jest jakieś minimum płytek niezbędne, aby objaw R.-L. mógł wystąpić, to bynajmniej niema też żadnego maximum płytek, któreby występowanie objawu R.-L. hamowało. Dowodem tu przypadki chor. Werlhoff'a po wycięciu śledziony, gdy liczba płytek niekiedy znacznie wzrasta, a objaw R.-L. zostaje. W przyp. Semerau'a („O skazach krwotocznych". Doniesienie I. P. A. M. W. 1925. Tom. III. Zeszyt 2) również ujawnia się ten brak zależności natężenia objawu R.-L. od liczby płytek (Np. Tablica Nr. 6: liczba płytek 216.000—R-L±; 110.000—R-L+). To samo spostrzegamy w przyp. Semerau'a, u chorych z krwotocznością małopłytkową objawową (płytek 84.000—L-R.+; płytek 200.000 —L.-R +++). W naszym przypadku z liczbą płytek 172.800 (Lymphogranuloma malignum) —R. L. —

Twierdzić więc można, że niema ścisłego związku między liczbą płytek a objawem R.-L. różnego natężenia. Że wraz z małą liczbą płytek we krwi ujawnia się i objaw R.-L., zależy to prawdopodobnie od innych czynników, wywołujących

w ustroju jednocześnie oba zjawiska. Niema tu zależności i od czasu trwania krwawienia.

Nasze przyp. I) czas krw.—1g. 45 min.—R.-L.+ i II) czas krw. 10′—L. R. +++; III czas krw. 3′ (czyli N, przyp. polyglobuliae — R.-L.++; IV) Cz. krw. 18′ (stałe uporczywe krwotoki — gruźlica I — brak większych zmian w płucach, jednocześnie skaza krwotoczna) — R. L.—. Mniejwięcej to samo w przyp. Semerau-Siemianowskiego Cz. krw, 2′ 30′, czyli N—R.-L+++; cz. krw. 43′—R.-L.++).

Rownież i od czasu krzepliwości nie jest zależny objaw R.—L.

U chorej D. objaw opaskowy był zmienny w zależności od dnia badania (od +++ do —); stwierdziliśmy u niej ujemny objaw przy krzepliwości — 28′. U innych jeszcze chorych (Tbc. glandularum. Peritonitis tbc) cz. krzepl. 25′—R.-L ±; Ca pancreatis: cz. krzepl. 17′—R.-L. ± po 17′, Hepatitis luetica: cz. krzepl. 6′—R.-L—; Ca pancreatis: cz. krzp. 7′ w rurkach włoskowatych, na szkiełku zegarkowem początek skrzepu po 27′, zupełny skrzep po 35′ —R.-L.+++.

W przyp. Semerau'a; I —cz. krzepl. 32′ — R.-L.+; II — 9′30″— R.L.+++. Co się tyczy wzajemnego stosunku ilości wapnia w surowicy krwi do objawu R.-L., to we wspomnianym przyp. chorej D. przy R.L.+++ ilość wapnia okazała się normalną. Równeż i w innych przyp. nie zdołaliśmy ustalić tej zależności. — Z zestawienia Sem.-Siemianowskiego (tabl. N. VII) widać, że stosunku zależności objawu R.-L. od ilości trombiny w surowicy krwi też nie ujawniono.

Twierdzić więc można, że aczkolwiek objaw R. - L. często występuje w skazach krwotocznych łącznie ze wspomnianymi wskaźnikami krwotoczności, to jednak zależny od nich nie jest. Dodać należy jeszcze, że objaw R.-L. bynajmniej nie jest — nieodzownym objawem stanów krwotoczności. Spostrzegaliśmy złośliwą niedokrwistość z wylewami na dnie oczu, ostrą białaczkę z objawami krwotoczności (oraz małą liczbą płytek), a bez objawu R.-L. Wreszcie podkreślimy przyp. choroby Henoch-Schönlein'a z obfitymi skórnymi wylewami i do błon śluzowych a prawie zawsze bez objawu opaskowego.
Dlatego też zwróciliśmy uwagę na inne własności krwi, od których możnaby było uzależnić objaw R.-L. Przedewszystkiem moglibyśmy wyłączyć zależność tego od stanów anemji, a więc małej ilości HB. i erytrocytów.

Ciężkie anemje — z Hb. niżej 20% oraz liczbą erytrocytów poniżej 1.000.000 — przebiegały bez objawu R.-L. (złośliwa anemja, ostra

białaczka i t. p.). Objaw R.-L. obserwowaliśmy przy ilości Hb. 40 i liczbie erytr. 2.400.000 oraz ilości Hb. 110% i liczbie erytr. 6.700.000 i t. p.

Liczba leukocytów i ich rodzaj również nie wpływały na występowanie objawu R.-L. Nie wykryliśmy też zależności objawu R.-L. od jakości czerwonych krwinek — mikro-makro-anizocytozy i t. p. — Badaliśmy wiele razy przyżyciowem barwieniem erytrocyty, lecz od % przyżyciowo barwiących się (substantia reticulo-filamentosa) objawu R. L. uzależnić nie mogliśmy. — Zdawało się następnie możliwem przypuszczenie, że na przepuszczalność naczyń dla krwinek czerwonych może wpływać, być może, ich zmniejszona oporność na działanie hipotonicznych rozczynów (np. soli kuchennej). Szereg przyp. gruźlicy z objawami krwotoczności i dodatnim objawem opaskowym poddaliśmy odpowiedniemu badaniu. Aczkolwiek niekiedy początek hemolizy, był już przy 0,48% i 0,50% rozczynu soli kuchennej, to przeważnie jednak ustaliliśmy normalną oporność krwinek czerwonych. W przyp. niedokrwistości złośliwej, ze wzmożoną opornością krwinek na hipotoniczne rozczyny soli kuchennej, objaw opaskowy wypadł ujemnie. — Zwróciliśmy wówczas uwagę na ustosunkowanie się frakcji białkowych w surowicy krwi, korzystając z odczynu opadania krwinek czerwonych. Szybkość opadania krwinek nie wpływała jednak też na zjawienie się objawu R.-L.

(Np. Tbc II — sedym. do podziałki 18 mm. — 12′ — R.-L. ∓; Tbc III — 15′ — R.-L. +; Ca pancreatis — sed. 47′ — R.-L. —; Pleuritis exsud: sed. 45′ — R.-L. —; Hyperglobulia: sed. 65′ — R.-L. ++).

Szybkie opadanie krwinek nie powodowało objawu R.-L.; natomiast pozostało pewne wrażenie (pomimo przyp. hyperglobuliae), że gdy normalnym jest czas opadania krwinek, to R.-L. występuje rzadziej; można to objaśnić tem, że wraz z normalną szybkością opadania czerw. krwinek i inne własności ustroju są normalne, a to nie sprzyja wystąpieniu patologicznego objawu.

Własności krwi nie warunkują więc bezpośrednio występowania objawu R.-L. Czy więc być może warunkiem tym są własności naczyń włoskowatych? Jak wiadomo, większość klinicystów, idąc śladem Stephan'a, uważa obecnie obj. R.-L. za obj. schorzenia śródbłonków naczyń włoskowatych. Należało wobec tego zestawić objaw R.-L. z innymi objawami schorzenia śródbłonków, jak objaw Morawitz-De-

n e c k e — zjawianie się komórek śródbłonkowych w preparatach krwi obwodowej — oraz klinicznemi postaciami schorzeń. W szeregu preparatów krwi chorych z objawem R.-L., nawet w przyp. zapalenia wsierdzia — schorzenia naczyń, nie wykryliśmy komórek śródbłonka, natomiast widzieliśmy je nieraz w prepar. krwi chorych z ujemnym objawem opaskowym.

Kol. D w o r e c k i, badając objaw M o r a w i t z-D e n e c k e w przyp. R.-L. +++, nie mógł wykryć (mikrometodyką B a n g'a) ani rozwodnienia, ani zgęszczenia surowicy i t. p. Zdaje się więc, że niema trwałych podstaw do twierdzenia o bezpośredniej łączności pomiędzy organicznem schorzeniem śródbłonków oraz objawem R.-L. Łączność taką poddaje w wątpliwość i z a o b s e r w o w a n a p r z e z n a s n i e z w y k ł a z m i e n n o ś ć o b j a w u R.-L. u tego samego osobnika w krótkim czasie; trudno przypuścić, aby organiczne schorzenie śródbłonków mogło się było wyrównać w ciągu np. jednego dnia. Z m i e n n o ś ć o b j a w u R.-L. o b s e r w o w a l i ś m y c z ę s t o, c z ę ś c i e j j e d n a k u k o b i e t, a n i ż e l i u m ę ż c z y z n. — To stało się powodem zwrócenia uwagi na zależność objawu R.-L. od miesiączkowania. Niekiedy wydawało się, że podczas miesiączkowania, tej „fizjologicznej małopłytkowości“ w/g niektórych klinicystów, objaw R.-L. występuje wyraźniej albo też występuje po raz pierwszy.

E. F. lat 42. Asthma bronchiale: R.–-L. —; podczas miesiączkowania R.- L. ++: duże niezbyt liczne wybroczyny czerwone; po miesiączce R —L: +. Lecz następne obserwacje nie potwierdziły tej tezy. Przedewszystkiem mieliśmy R.—L. +++ u kilku starszych już kobiet (bez miesiączek od kilkunastu lat). Chora D., ze schorzeniem wielogruczołowem, bez menstruacji już od 5-ciu mies. wykazywała R.—L. +++. Następnie u szeregu chorych podczas miesiączkowania R.—L. był wyraźnie słaby.

Można tu było tylko myśleć, że miesiączka, wzgl. brak jej wywołuje w ustroju pewne zmiany, wpływające na objaw R.—L; nie zawsze jednakowo. Czy te zmiany w ustroju nie są zmianami w ukł. nerwowym wegetatywnym, wzgl. w czynności gruczołów dokrewnych? Obserwując ściśle chorych, trudno było nie zauważyć, że objaw R.—L. c z ę ś c i e j s i ę u j a w n i a u o s o b n i k ó w z p o b u d l i w y m u k ł. n e r w o w y m w e g e t a c y j n e m. Zrazu przypuszczaliśmy nawet, że znaczny czerwony dermografizm, dodatni objaw A s c h n e r'a, wzgl T s c h e r m a k'a, po-

tliwość, przelotne rumienienie, objawy skazy wysiękowej—pokrzywka, przelotne obrzęki—nadczynność wydzielnicza żołądka, wzmożone ruchy robaczkowe jelita w związku ze wzmożeniem odruchów ścięgnowych, osłabieniem odruchów gardzielowych i t. p.,—czyli, że b. może stan wagotonicznoneurasteniczny powoduje objaw R. L. Istotnie: wiele przypadków było tego potwierdzeniem (chora D. z prawie wszystkimi wymienionymi objawami; chora R. z chorobą Quinque'go i t. d. i t. d.) Wykonaliśmy przeto szereg prób, aby wykazać wpływ środków farmakodynamicznych na wzmożenie, wzgl. osłabienie, objawu R.—L. Wyniki otrzymaliśmy jednak chwiejne.

Przykład: dysfunctio polyglandularis. R.—L. ++; Aschner +++ (tętno zwalnia się z 90 do 66), $\frac{Mx}{Mn} = \frac{135}{55}$ dermografizm czerwony +++ i t.d; Zastrzyknięto dożylnie 0.05 ctm^3 Adrenalini muriatici (1:1000). Obserwowano godzinę; odczyn na zastrzyknięcie adrenaliny słaby. R.—L. bez zmian. Zastrzyknięto tejże chorej 1 cm pilocarpini mur. (1:100) pod skórę. R.—L. bez zmian. Po zastrzyknięciu pod skórę 2 mlgr. atropini sulfurici, wybitny odczyn na atropinę: suchość w ustach, przyspieszenie tętna i t. p. R.—L. +++.

Rozbiór doświadczeń w powyższym przyp. wykazuje, ze atropina dobitnie wyłączyła wpływ n. vagus, który najwidoczniej był w stanie znacznego napięcia; jednocześnie jednak wzmogła objaw R.—L.

Wynik ten przeczy poprzednim naszym przypuszczeniom. Dalsze kliniczne obserwacje wykazały, że i stany wybitnej sympatykotonji mogą przebiegać z mocnym objawem R.—L. (tak było w przyp. choroby Basedow'a z tętnem do 160 na' i t. p.). A więc chodzi tu wogóle o zwiększoną pobudliwość ukł. nerwowego wegetatywnego, to sprzyja objawowi R.—L. Dalsze spostrzeżenia utwierdziły nas w tem mniemaniu. Ścisły związek pomiędzy ukł. nerwowym wegetatywnym a gruczołami wydzielania wewnętrznego, następnie wpływ miesiączki na objaw R.—L., wreszcie schorzenia gruczołów dokrewnych z mocnym objawem R.-L., doprowadziły nas do wniosku, że czynność gruczołów dokrewnych wpływa na występowanie objawu R.-L.; wywołuje go albo patologiczna ich sprawność albo wahania, albo niekiedy okresowe brutalne objawy (miesiączka). W związku z tem przypuszczeniem dokonaliśmy szeregu doświadczeń z wyciągami gruczołowemi.

Zastrzykiwaliśmy jednej chorej w ciągu dłuższego czasu podskórnie insulinę (20—40 jednostek dziennie), podawaliśmy wewnątrz agomensinę, dożylnie menformon i t. d. Insulina pozostawała bez skutku; preparaty jajnikowe niewątpliwie działały — w jednym przyp. np. stale mocny R.—L. doprowadziły przez szereg dni do R.—L.

Nie ulegało więc wątpliwości, że działanie powyższych czynników objawiało się przedewszystkiem na czynności naczyń włoskowatych, gdyż wpływ ich na krew, zgodnie z wyżej powiedzianem, nie mógł mieć decydującego znaczenia. Jak wiadomo, wielu ostatnio przypisuje naczyniom włoskowatym znaczenie samodzielnego czynnego układu. (O. Miller, Weiss, Krogh, Wimtrup i in.). Według nich, naczynia włoskowate samodzielnie się kurczą (komórki Rouget'a), rozszerzają, w razie potrzeby wypełniają krwią niezliczone nowe naczynia włoskowate lub też opróżniają swoją krew do żył i t. d. i t. d. Wogóle czynność naczyń włoskowatych jest b. energiczną w ustroju, niezależną od większych naczyń, zależną natomiast od wpływów nerwów układu roślinnego poprzez gruczoły wydzielania wewnętrznego.

Jakim zmianom ulegają naczynia włoskowate w rozmaitych schorzeniach wewnętrznych? Badania w tym względzie O. Miller'a wykazują, że w zaburzeniach krążenia krwi, nadciśnieniu, w miażdżycy, schorzeniu nerek, zapaleniu wsierdzia, chorobach zakaźnych, jak płonica i inne (a więc schorzenia, w których często wykrywaliśmy objaw R.-L.), naczynia włoskowate wykazują różne zmiany (nie będziemy się tu zastanawiali nad niemi), które jednak mają niektóre wspólne cechy. Są tem w pewnych okresach wymienionych schorzeń: stałe rozszerzanie się żylnego kolana naczyń włoskowatych, tworzenie się złączeń pomiędzy kapillarami, nowotworzenie się naczyń włoskowatych, oraz skłonność do wylewów z tych naczyń (Weiss)—Najbardziej charakterystyczne zmiany czynności naczyń włoskowatych obserwował Parrisius w stanach, które O. Miller nazywa skazą naczynionerwicową. W stanach tych spostrzega się kurczowowiotki zespół objawów w kapillarach, naprzemian bądź normalny obieg krwi w nich, bądź pęd niezwykle szybki („jagende Strömung"), bądź bezruch. Jednocześnie kapillaroskopja wykazuje w skazie naczyniowej (vasoneurosis) nienormalną przepuszczalność ścian naczyniowych — w pierwszym rzędzie obserwuje się tu wylewy krwawe z naczyń włoskowatych. Stan ten naczyń, w/g O. Millera, jest ściśle związany z wegetatywną neuro-

dysergją (w/g Strauss'a; vago i sympathicotonia Epingera i Hess'a). Jak widzimy więc, dane kapillaroskopji w zupełności tłumaczyć mogą nasze kliniczne spostrzeżenia oraz wyniki naszych doświadczeń.

Obserwacje Miller'a i Welsch'a wykazały, że krótkie naświetlania lampą kwarcową wzmagają ten stan naczyń. Myśmy również naświetlali kończyny górne u kilku chorych i otrzymaliśmy wzmożenie objawu R.-L. Poddaliśmy równiaż kończyny górne jednej chorej działaniu diatermji, kąpieli gorącéj i t. d., lecz widocznych zmian w natężeniu objawu R.-L. nie uzyskaliśmy.

Widzimy więc, że występowanie objawu R.-L objaśnić można pewnym znamiennym stanem czynnościowym naczyń włoskowatych. Stan ten ujawnia się wybitnie w nerwicy tych naczyń w połączeniu z neurodysergią oraz mniej znacznie w pewnych okresach wielu schorzeń wewnętrznych. Stan ten naczyń nie znajduje się w ścisłym związku z t° ciała (2 przyp. zapalenia płuc o t° 39°, jeden z R.-L. ++, drugi z R.-L.—) lub też ze zwiększonem ciśnieniem tętniczem. Nie można jednak pominąć faktu, że przy małem parciu krwi w tętnicach, b. przyśpieszonem a drobnem tętnie, o małem napięciu, b. rzadko wykrywaliśmy objaw R.-L. Ważnym czynnikiem natomiast niewątpliwie jest tu ciśnienie wewnątrz kapillarów bez różnicy, czy czynne czy bierne. W związku z tem obserwowaliśmy często objaw R.-L. u osób ze stałą sinością rąk, wzgl. warg, i t. p., jak u kobiet i młodzieży, w stanach zmian napięcia nerwowego naczynioruchowego. Dla wystąpienia objawu R.-L. mają pewne znaczenie i wahania w ciśnieniu wewnątrz kapillarów. W szeregu przyp. otrzymaliśmy objaw R.-L. dopiero w 2—3 min. po nagłem zdjęciu opaski, co tłumaczyliśmy nagłem zawahaniem się ciśnienia w naczyniach włoskowatych.

Pozostaje dodać, że zastanawialiśmy się również nad wpływem czynników pozanaczyniowych (tkanka podskórna, skóra it.p.) na objaw R. L. Zauważyliśmy, że u osobników z grubszą, suchą, niekiedy łuszczącą się skórą rzadziej występuje objaw R.-L. W celu zbadania wpływu czynników pozanaczyniowych postanowiliśmy wspólnie z kol. Ambaszówną przeprowadzić badania histologiczne na zwierzętach doświadczalnych. Jak dotychczas, nie udało się nam nawet wywołać objawu R.-L. u zwierząt (na uchu królika, koń-

czynach jego i świnki morskiej, ogonie szczura i t. p.). Badania w tym kierunku trwają. (Kol. Fliderbaum, badajac na oddz. dr. Lewina własności wodochłonne skóry, w 1 naszym przyp. mocnego objawu R.-L. ustalił znacznie zwiększoną wodochłonność skóry.) —Zestawiając wyżej podane spostrzeżenia, wyniki doświadczeń oraz kapillaroskopji, uważamy za słuszne następujące wnioski.

Objaw R.-L. nie jest wskaźnikiem ani krwotoczności ani organicznych schorzeń naczyń, jest wskaźnikiem zaburzeń w czynności naczyń włoskowatych. Zaburzenia te, wzgl. objaw, R.-L., często wiążą się z niedomogą ukł. nerwowego, t. zw. „neurodysergją" (Strauss); w mniejszym stopniu występują w pewnych okresach wielu schorzeń wewnętrznych. To też objaw R. L. spostrzega się prawie u 50% chorych wewnętrznych, przyczem znacznie częściej u kobiet. Objaw R.-L. cechuje niezwyła zmienność.[1])

Z ODDZIAŁU WEWNĘTRZNEGO (ORDYNATOR: G. LEWIN).

O wartości leczniczej dożylnych wlewań rozczynów hipertonicznych cukru gronowego w gruźlicy płuc.

Podali

E. Pain i R. Szejnówna.

Medycyna współczesna rozporządza szeregiem nowych sposobów leczniczych, wśród których poważne miejsce zajmuje osmoterapja; polega ona na wprowadzaniu do ustroju drogą pozajelitową hipertonicznych rozczynów, a śród nich być może najczęściej cukru gronowego.

Teoretyczne uzasadnienie stosowania zastrzykiwań dożylnych cukru w stanach patologicznych może być rozpatrywane z dwu punktów widzenia. Z jednej strony, wprowadzanie do

[1]) W wykonaniu pracy mej doświadczalnej pomagali mi kol. Rosengarten i Zajf, za co im składam tu szczere podziękowanie.

ustroju w większej ilości cukru gronowego może mieć, według Büdingena, działanie odżywcze na mięsień serca; z drugiej strony, wprowadzając do ustroju płyn o wysokiej koncentracji jonów, sztucznie wywołujemy zaburzenie równowagi drobinowej krwi, wzgl. zachwianie prawidłowej izotonji, a stąd następują zmiany fizykalne w sokach i tkankach ustrojowych.

Wpływ istotny odżywczy cukru gronowego na mięsień serca został ustalony drogą doświadczalną; badano w tym celu serce wyłączone, działając na nie zapomocą płynu odżywczego, do którego obok soli mineralnych włączano też, jako niezbędny składnik, drobinę cukrową. Fletcher, Hopkins, a szczególnie badacze ze szkoły Embdena, zajmowali się, jak wiadomo, wyjaśnieniem mechanizmu powstawania skurczów mięśni prążkowanych, a więc także i mięśnia sercowego. Według nich praca mięśnia znajduje się w ścisłej zależności od procesu zaczynowego rozczepienia związku węglowodano-fosforowego, znajdującego się w drobinie laktacidogenu; ostatecznemi produktami rozpadu są tu kwas mlekowy oraz kwas fosforowy. Szkoła Embdena uważa, iż rozpad laktacidogenu jest właśnie tym bodźcem, który wywołuje przejście energji potencjonalnej w energję kinetyczną, wzgl. bodźcem dla skurczów mięśniowych. Proces rozczepienia laktacidogenu uważany jest, jako okres dysimilacyjny, który niewątpliwie poprzedza fazę asimilacyjną. Ta zaś, jako faza odbudowy drobiny laktacidogenu, następuje, według zapatrywań Embdena, Gräfego i Schmitza, dzięki: 1) wciąż nowej drobinie cukru, przenikającej do mięśni z krwiobiegu oraz 2) kwasowi fosforowemu, powstałemu w okresie dysimilacyjnym. Jak widać, dla normalnej czynności mięśni cukier i kwas fosforowy są substancjami niezbędnemi.

Przechodząc z kolei do rozpatrzenia zmian, powstających w ustroju po zastrzyknięciu hipertonicznych rozczynów cukru gronowego, można już a priori przypuszczać, że zakłócona przez to równowaga nie może pozostać bez wpływu znacznego na czynności fizjologiczne ustroju wogóle. Przedewszystkiem więc wprowadzenie dożylne płynu o wysokiej koncentracji molekularnej wzmaga osmotyczne ciśnienie krwi, wywołuje odchylenie od normalnej i niezbędnej dla organizmu izotonji, co pociąga za sobą zmiany fizykalne w sokach ustrojowych i komórkach tkankowych. Ustrój, dążąc do wyrównania ciśnienia osmotycznego, uruchamia

aparat obrony: na zasadzie praw osmozy przenika z tkanek mniej lub więcej silny prąd płynu, zawierającego mało stałych substancji, do krwi, która w ten sposob ulega znacznemu rozwodnieniu. Lecz przytem stwierdza się nietyłko wyrównanie koncentracji, lecz wnet większe jeszcze rozwodnienie, niż normalnie, a więc znów odchylenie od izotonji, a zaś skutkiem tego fala wodna sączy się w kierunku odwrotnym z krwi do tkanek. Ta sztuczna wymiana płynów między tkankami a krwią trwa może do ośmiu godzin.

Powstałe w związku z tem zjawiska fizykalne wywołują, z jednej strony, przyśpieszenie obiegu krwi i limfy, a więc i wzmożoną przemianę materji; z drugiej strony, z powodu zmiany objętości komórek inerwacja ich zostaje pobudzona, a stąd czynność wydzielnicza wzmożona.

Na zasadzie wyżej przytoczonych rozważań teoretycznych stosowanie w stanach patologicznych zastrzykiwań rozczynów hipertonicznych cukru gronowego może mieć z punktu widzenia klinicznego dostateczną podstawę naukową. I rzeczywiście wiele spostrzeżeń potwierdza to zapatrywanie, to też osmoterapia, jako metoda lecznicza, znajduje coraz szersze zastosowanie.

Jeszcze przed rozpowszechnieniem osmoterapji Richet, Moutard-Martin, Lamy i Mayer ustalili moczopędne działanie cukru gronowego; v. Brasel tłumaczył je rozwodnieniem krwi. Lecz zrazu własność ta cukru gronowego znalazła małe zastosowanie w terapji. Dopiero dzięki pracom doświadczalnym wyżej przytoczonych autorów i licznym spostrzeżeniom klinicznym zastrzykiwania dożylne cukru gronowego uznane zostały słusznie za zabieg leczniczy o wybitnem znaczeniu. Odtąd też szerokie zastosowanie znalazły one w cierpieniach sercowych, zwł. przeciw objawom niedomogi krążenia. Dodatni wpływ ich stwierdzono też na zaburzenia sercowe z zakażenia, w schorzeniu gruźliczem płuc. Bündigen, mówiąc o toksycznyeh objawach sercowych na tle gruźliczem, rożróżnia: 1) cardiodystrophia hypoglicaemica i 2) cardiodystrophia hypoglicolitica. W pierwszej zmiany sercowe powstają z powodu zmiejszenia się ilości cukru w ustroju, dostarczanie więc jego drogą pozajelitową usuwać winno dolegliwości sercowe. W postaci drugiej dość jest cukru we krwi, lecz mięsień sercowy nie jest w stanie już rozczepiać drobiny cukrowej; według Bündigena dobre wyniki w tych przypadkach dają zastrzykiwania cukru wraz z insuliną.

U jednego z naszych chorych (F. M. — ciężka obustronna rozpadowa gruźlica oraz objawy sercowe) stwierdzono we krwi 129 mlg. cukru w 100 cm^3; uznano zaburzenia sercowe za objaw kardjodystrofji hipoglikolitycznej, zastosowano zastrzykiwania 40% cukru gronowego i insuliny w małych dawkach (6 jednostek). Po trzeciem podskórnem zastrzyknięciu insuliny nastąpił wstrząs hipoglikemiczny w postaci silnych potów i stanu bliskiego do zapaści; po zastosowaniu dożylnem glukozy objawy wstrząsu minęły.

W cierpieniach nerek, ostrych lub przewlekłych, z objawami retencji związków azotowych lub soli kuchennej, hipertoniczne rozczyny glukozy również stosowane są z dobrym skutkiem, ponieważ wywołują, z jednej strony, dzięki rozwodnieniu krwi większą diurezę, a z drugiej, wypłukują z tkanek do krwi substancje jadowite. Działanie odtruwające cukru gronowego ustalili też Pfeiffer i Stadenard u ludzi, a Haessel u zwierząt, zatrutych guanidiną. Podobne wyniki odtruwające spostrzegano w rzucawce i po otruciu dwuchlorkiem rtęci (Stubowski). Latzeli i Stejskal ustalili własności przeciwwysiękowe i przeciwzapalne hipertonicznych rozczynów cukru gronowego w ostrym obrzęku płuc, zapaleniu płuc, durze brzusznym, paradurze i t. p. W gruźlicy płuc Bodmer stosował zastrzykiwania cukru gronowego, miało to dodatni wpływ na toksyczne zaburzenia sercowe, a niekiedy zmniejszenie gorączki.

Ponieważ w gruźliczych schorzeniach płuc ma się do czynienia — z punktu widzenia anatomo-patologicznego — nie tylko z wytwarzaniem swoistych gruzełków, lecz też ze zmianami zapalnemi i wysiękowemi (a w okresach późniejszych z zakażeniem mieszanem, wzgl. posocznicą), to — wziąwszy pod uwagę własności przeciwzapalne, przeciwwysiękowe, odtruwające i odżywcze działanie cukru gronowego na mięsień serca — staje się słuszną myśl wypróbowania wpływu leczniczego glukozy i w cierpieniach gruźliczych płuc.

W tym celu przeprowadziliśmy na oddziale d-ra Lewina u 12 chorych z gruźlicą płuc leczenie zapomocą zastrzykiwań dożylnych rozczynów hipertonicznych cukru gronowego (40%, od 10 — 20 — 30 do 40 cm^3, co 3 — 4 — 8 dni, a niekiedy i więcej). Wykonano dotąd 81 zastrzykiwań w 12 przypadkach bez ubocznych, wzgl. szkodliwych, wpływów (prócz jednego przypadku, gdy w godzinę po 7-ym zastrzyku wystąpiły gwałtowne dreszcze; nazajutrz chory czuł się już dobrze; prawdopodobnie zabieg był wykonany niezupełnie jałowo).

Leczeniu temu poddano chorych w następujących postaciach gruźlicy:

1) Phtisis pulm. chr.	consumptiva	fibro-caseosa	progred.				— 4
2) „	„	„	declarata	„	„	„	— 2
3) „	„	„	„	„	„	stationaris	— 4
4) „	„	„	incipiens	„	„	„	— 1
5) Bronchopneumonia tuberculosa (caseosa)							— 1

Wśród tych chorych u dwu stwierdzono rozedmę płuc; u dwu — gruźlicę krtani; u jednego—wysiękowe zapalenie opłucnej; u jednego—przymiot. Pozatem u wszystkich — prócz jednego — w plwocinie były prątki Koch'a, a włókna sprężyste — u 7. W leczeniu tem zwracano baczną uwagę na zmiany fizykalne w płucach, wagę, szybkość opadania czerwonych ciałek krwi (S, R.) i na stan ogólny.

W jednym przypadku — prócz glukozy dożylnie — stosowano i odmę sztuczną. W zestawieniu wynik naszych spostrzeżeń przedstawia się, jak następuje. (Patrz Tabl. I).

(Stosowaliśmy przeważnie 40% glukozę, wyrabianą przez Zakłady Mag. Klawego).

Zestawienie poniższe wskazuje, że w 2-ch przypadkach nastąpiło zejście śmiertelne, w 2 — leczenie pozostało bez skutku a w 7 — stwierdzono polepszenie. Zejście śmiertelne i leczenie bez poprawy spostrzegaliśmy u chorych z daleko posuniętą rozpadową gruźlicą płuc, powikłaną u jednych gruźlicą krtani, u drugich — niedomogą mięśnia sercowego lub daleko posuniętem charłactwem. U chorych z gruźlicą stacjonarną stwierdzono polepszenie samopoczucia, zmniejszenie objawów nieżytowych, obniżenie lub spadek ciepłoty, wzrastanie wagi, zmniejszanie dobowej ilości plwociny i zwolnienia S. R.

Łącznie wyniki te ustalają, że:

1) zastrzykiwania dożylne stężonych (40%) rozczynów cukru gronowego i w większych ilościach (do 40 cm.^{3}) nie wywołują żadnych objawów ubocznych, wzgl. szkodliwych dla ustroju;

2) zastrzykiwania glukozy w niektórych przypadkach wpływają dodatnio na objawy nieżytowe w płucach, wzgl. oskrzelach, a to na skutek własności przeciwzapalnych i przeciwwysiękowych cukru gronowego;

3) niekiedy hipertoniczne rozczyny cukru gronowego obniżają gorączkę u gruźliczych chorych przez swe działanie odtruwające;

TABLICA I.

Nr	Imię i nazwisko	Wiek	Rozpoznanie	Liczb. zastrzykiwań glukozy 40%	Plwocina: pałeczki Kocha	Plwocina: Włókna spręż.	Plwocina: Białko	S. R. Przed leczeniem	S. R. Po leczeniu	Waga Przed leczeniem	Waga Po leczeniu	UWAGI
1	F. M.	59	T. b. c. pulm. chr. consumpliva fibro-caseosa progr. Laryngitis t. b. c	8 (20 cm^3—30cm^3)	++	+	+	15m.	—	—	—	Zejście śmiertelne. Z powodu ciężkiego stanu waga i S. R. nieokreślone
2	W. J.	30	T. b. c. pulm. chr. declarata fibr.-caseosa stat. Pleuritis adhaes.	7 (20 cm^3—30cm^3)	++	+	+	30m.	58m.	119 f.	$128^1/_4$	Polepszenie ogólnego stanu Spadek ciepł.
3	G. Sz.	38	T. b. c. pulm. chr. consupt. fibro-caseosa progr. Laryngitis T. b. c.	3 (20 cm^3)	++	+	+	14m.	—	108 f.	$103^1/_2$	Zejście śmiertelne.
4	B. K.	33	T. b. c. pulm. chr. declar. fibro-caseosa progr. Pleuritis exud.	6 (20 cm^3—30cm^3)	++	—	+	40m.	23m.	121 f.	119 f.	Zmniejsz. gorączki i polepszenie samopoczucia.
5	Sz. M.	42	T. b. c pulm. chr. decl. fibrocaseosa stat. Emphysema pulm. secund.	11 (20 cm^3—40cm^3)	++	+	+	38m	47m.	$116^1/_4$ f.	119 f.	Wypisany z poprawą.
6	L. L.	21	T. b. c. pulm. chr. declar. fibro-caseosa progred.	6 (20 cm^3—30cm^3)	++	+	+	14m.	25m.	114 f.	$114^1/_4$ f.	Poprawa (stosowano też i odmę sztuczną).
7	G. F.	20	Bronchopneumonia tuberculosa.	4 (20cm^3)	++	+	+	18m.	—	119 f.	115 f.	Wypisany bez poprawy w stanie ciężkim.
8	M. B.	23	T. B. C. pulm. chr. incipiens Neuralgia lumb. sacral. toxic.	5 (20 cm^3—40cm^3)	++	—	+	25m.	36m.	136 f.	137 f.	Poprawa. Spadek ciepłoty.
9	P. A.	38	T. b. c. pulm. chr. consumpt. fibrocaseosa progr.	8 (20 cm^3—30cm^3)	++	—	+	20m.	—	—	—	Z powodu ciężkiego stanu waga i S. R. nieokreślone. Zejście śmiertelne.
10	C. A.	22	T.b.c. pulm. chr. consumpt. fibrocaseosa progr.	8 (20 cm^3—30cm^3)	++	+	+	15m.	—	—	—	Wypisany bez poprawy.
11	N. M.	45	T.b.c. pulm. chr. consumpt. fibrocaseosa station. Emphysema pulm. sec.	8 (10 cm^3—20cm^3)	+	—	—	17m.	37m.	112 f.	$119^1/_2$ f.	Znaczna poprawa. Zmniejszenie objawów nieżytowych. Obniżenie ciepłoty do normy.
12	K. M.	38	T.b.c. pulm. chr. declar. fibrocaseosa stat. Lues	7 (10 cm^3—20cm^3)	++	—	—	22m.	120 m. ?	$96^1/_2$ f.	—	Polepszenie. Znajduje się pod obserwacją.

4) stosowanie drogą pozajelitową stężonych rozczynów cukru gronowego może być nieszkodliwym, wzgl. skutecznym, pomocniczym środkiem leczniczym w gruźlicy płuc.

PIŚMIENNICTWO:

1. Kraus und Brugsch — Spezielle Pathologie und Therapie T. IV.
2. Latzel Robert — Zur Therapie exudativer und infektiöser Prozesse. Med. Kl. Nr. 48. 1925.

SPRAWOZDANIA Z POSIEDZEŃ NAUKOWYCH.

Sprawozdanie z posiedzenia dn. 25 marca 1927 r. (Ciąg dalszy).

Przewodniczył Zamenhof.

Goldstein. **Przypadek wytworzenia sztucznej pochwy sposobem Schuberta.** (Z oddz. A. Sołowiejczyka).

M., 25 lat, pochodzi od zdrowych rodziców. Siostry i bracia zdrowi. Nigdy nie miesiączkowała. W 15-ym r. ż. dostała jakiegoś napadu bólów w brzuchu, bez wymiotów i gorączki; trwał 3 dni, powtarzał się kilkakrotnie w odstępach 5 — 6 tygodniowych, ale z mniejszem nasileniem. Podczas tych napadów miewała niekiedy krwawienie z nosa.

Niedawno zwróciła się do dra A. Natansona, który stwierdził brak pochwy i macicy. Jajniki są, prawdopodobnie w stanie niedorozwoju; dość dobrze rozwinięte wtórne cechy płciowe (pierś, uwłosienie i t. d).

Operację G. wykonał w znieczuleniu eterowem sposobem Schuberta: 1) okrwawienie miejsca błony dziewiczej, do którego została przyszyta odbytnica; 2) wyseparowanie odbytu na przestrzeni 3 ctm. wraz z niewielkim krążkiem skóry bez uszkodzenia zwieracza; 3) w ułożeniu na boku, po usunięciu kości ogonowej i kawałka kości krzyżowej, drogą, opisaną przez Kraskiego, wyłączenie prostnicy na przestrzeni około 10 ctm. Jest to najtrudniejsza część operacji (w tym przypadku była wyjątkowo trudna ze względu na niski wzrost i dość znaczną tuszę chorej). Prostnica była krótka, dostęp do niej był utrudniony. Ażeby otrzymać odpowiednio długi odcinek kiszki, G. zmuszony był otworzyć fałd otrzewnowy, który później zeszył wyżej. Po poprzecznem przecięciu prostnicy G. zamknął dolny odcinek dwupiętrowym szwem; 4) wyseparowany odbyt przeniesiono pod most-

kiem skórnomięśniowym ku przodowi na uprzednio okrwawione miejsce; w ten sposób stworzono otwór wejściowy nowoutworzonej pochwy, który obszyto kilku szwami; 5) górny odcinek przeciętej prostnicy ściągnięto ku dołowi poprzez zwieracz i przyszyto do skóry na miejscu poprzedniej rzyci; 6) ranę tylną częściowo zeszyto, w części drenowano.

Przebieg pooperacyjny był zupełnie gładki. W ciągu tygodnia wstrzymywano stolce makowcem, mocz cewnikowano 2 razy na dobę.

Po tygodniu pierwsze wypróżnienie; chora sama mocz wydaliła. Po 2 tyg. wszystkie rany zagojone, z wyjątkiem tylnej (ponad kością krzyżową), powoli i ta wypełniała się ziarniną. Obecnie jest zupełnie zdrowa. Do nowoutworzonej pochwy wchodzi rozszerzacz Nr. 25, 9 ctm. głęboko. Wynik więc należy uważać za zupełnie dodatni.

Jest to drugi przypadek zabiegu Schuberta, operowany przez G. z dobrym wynikiem, a trzeci w Polsce (1-szy wykonał H. Altkaufer).

W rozprawie Natanson omawia sprawę celowości tego zabiegu wogóle, jest w zasadzie raczej przeciwny tego rodzaju operacji, sprzyjać bowiem może kalectwu, a nawet śmierci.

J. Mackiewicz. **Przypadek stwardnienia rozsianego z padaczką.** (Z oddz. E. Flataua).

L. B., 34 l.; poważnych chorób nigdy przedtem nie było. Od 7-u mies. napady z utratą przytomności; było już 6: nic o nich nie pamięta. Z opowiadania otoczenia wie, iż tylko podczas jednego napadu były drgawki, natomiast były objawy zaburzeń psychicznych, podniecenie, wymyślanie krewnym, upominanie się o nieistniejące długi, oddawanie moczu śród dnia na ludnej ulicy; miał też z tego powodu nawet konflikt z policją; był ukarany. Od kilku miesięcy słabną lewe kończyny; ostatnio d. często bóle głowy.

St. ob. Oczopląs w str. lewą; źrenic odczyn dobry; siła wzroku normalna, dno oczu — nieznaczne zblednięcie tarcz bez objawów zastoinowych. Niedowład doln. gał. n. twarzow. po str. lew. Siła mięśn. k. k. lewych znacznie $<$. Odruchy po str. lew. znacznie $>$; brzuszne $=$ 0; z obu stron objaw Babińskiego: Rossolimo $+$ po str. lew. Często dokucza innym chorym na sali, jest mało posłuszny. Odcz. Wasserm. ze krwi i pł.-m.-rdz. — M. wyłącza tu nowotwór mózgu oraz meningitis serosa, a rozpoznaje stwardnienie rozsiane; co do padaczki, która naogół rzadko napotyka się w tem cierpieniu, (Wilson 7 przyp., inni pojedyncze przypadki), to prawdopodobnie zależna tu jest od dość rzadkiej lokalizacji tego cierpienia w korze mózgowej.

W rozprawie Bregman wyraża wątpliwości co do rozpoznania tu stwardnienia rozsianego. — Oczopląs jest b. słabo zaznaczony, tylko pojedyncze drgania; objaw Rossolimo obecnie trudno tu wywołać, ponadto zblednięcie tarcz ocznych, wedł. prelegenta, jest w granicach normy. Należałoby mieć też na względzie tu sprawę nowotworową. Br. nie spostrzegał dotychczas ani jednego przypadku padaczki w przebiegu scl. mult., natomiast często występuje ona w nowotworach mózgu.

Flatau jest odmiennego zdania; niema tu żadnej wątpliwości co do objawu Rossolimo, występuje bowiem całkiem wyraźnie. To samo dotyczy oczopląsu, braku odruchu brzusznego i zblednięcia tarcz oka. Sprawę nowotworową mózgu należy wyłączyć, brak tu bowiem wszelkich objawów zwiększenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Hemiplegia, a wystąpiła tu prawie nagle, również przemawiać by mogła przeciwko sprawie nowotworowej. Że dotychczas b. rzadko spostrzegano padaczkę w przebiegu stwardnienia rozsianego, to fakt ten nie wyłącza możliwości występowania jej w tem cierpieniu. — Dawniej nie notowano padaczki nprz. w encephalitis lethargica, a od pewnego czasu dość często spostrzegamy ją w przebiegu tego cierpienia. Mackiewicz zaznacza, że padaczkę dotąd spostrzegano w przebiegu stwardnienia rozsianego, jak wnioskować można z piśmiennictwa ostatnich czasów; stanowiła ona właśnie niekiedy jeden z pierwszych objawów tego cierpienia; to też w okresie wczesnym podobnych przypadków zespół klasyczny nie mógł jeszcze, rozumie się, być ustalony.

Erlich. **Pokaz trojaczków.** (Z oddz. A. Natansona).

Chora przybyła z przytułku; rodziła 2 dni. T° 39,2°. Tętno 110. Wody płodowe były zachowane. Poprzednio—1 poród; dziecko nieżywe. Badanie stwierdza hydramnion, tonów płodów niebyło słychać. 24 godz. po przybyciu chorej na oddział stwierdzono: część przodująca—główka w ustawieniu przedniociemieniowem. Rozwarcie na 4 palce. Przodogłowia niema. Ciemię duże w próżni. Tony płodu były niesłyszalne. T° i tętno budziły obawy; stan ogólny był ciężki. Wymóżdżenie. Następny płód wydobyto obrotem z położenia poprzecznego, tak samo 3-ci. Łożysko samoistnie wydaliło się po 30′.

Przypadki porodów trojaczkowych są naogół dość rzadkie. Stosunek ich do normalnych wynosi 1 : 7000. (Guzzoni).

Etjologja: 1) Dziedziczność, również z linji ojca; 2) Wysoka płodność kobiet danego kraju; 3) Klimat (kraje północne częściej aniżeli południowe); 4) Atawizm (Hellin); 5) Objaw zwyrodnienia (v. Grabe). Tu dało się stwierdzić dziedzictwo tylko w linji ojca.

Sposobów powstawania odróżniamy 3: 1) Z jednego jaja (1 łożysko, 1 kosmówka, 1, 2 lub 3 owodnie); 2) Z 2 jaj (2 łożyska czasem zrośnięte ze sobą, 2 kosmówki, 2 lub 3 owodnie); 3) Z 3 jaj (3, 2 lub 1 łożysko, 3 kosmówki, 3 owodnie).

Jak wynika z oględzin łożyska i płci noworodków (2 chłopców i 1 dziewczynka), nasz przypadek pochodził z ciąży 2 jajowej, posiadał bowiem 2 łożyska zrośnięte ze sobą, 2 kosmówki, 3 owodnie. Śmiertelność matek jest wysoka, też i dzieci żywo urodzonych. Waga trojga dzieci (6200), łożyska (1100) razem 7300 gr. Do tego należy jeszcze dodać wagę 3-ch litrów przeszło wód płodowych, co razem wyniesie przeszło 10 kilo. St. ob. dzieci i matki (9 tyg. po porodzie) dobry; chora wypisuje się zdrowa po przebytem zapaleniu nerek i płuc.

J. Luxenburg. **Przypadek plamicy brzusznej z wybroczynami pęcherzowemi.**

St. A., lat 10, przybył 9.III.29 r. Zachorował 3 tyg. temu: bóle brzucha i biegunka, bóle w stawach. Piątego dnia stan chorego pogorszył się, położył się do łóżka; bóle brzucha wzmogły się, biegunka z parciem nasilała się -- w stolcu krew. T° 38°. Po przybyciu na oddział dostał 4 flakony surowicy przeciwczerwonkowej; biegunka krwawa, bóle brzucha trwały jednakże nadal. Po kilku dniach wymioty z domieszką krwi, ból gardła, a na skórze przedramion i podudziu, wśród objawów silnego pieczenia, wystąpiła wysypka o charakterze wybroczynowym, która po kilku dniach nabrała charakteru pęcherzyków z krwawą zawartością. Badanie somatyczne, poza zmianami krwotocznemi na skórze, wykazuje tylko przytłumienie nad szczytem prawego płuca do grzebienia łopatki—oddech nad przytłumieniem pęcherzykowy, osłabiony.

Krew: Erytrocytów — 4.200.000, Hbg — 65%. Ind.— 0,7, Leukocytów — 18.000, Neutr 79%, Limf. — 14%. Monocyt—7%. Płytki Bizzozero — norma. Czas krzepliwości i krwawienia — norma. Wrm. ujemny. Mocz—norma. Kał—krew++, kilkakrotne badanie na laseczniki czerwonki dało wynik ujemny. Posiew ze krwi treści krwawych pęcherzyków dało wynik ujemny. Nakłucie lędźwiowe: pleocytoza, Nonne-Apelt+, Wrm.—ujemny; posiew — wynik ujemny.

Objawy chorobowe stopniowo znikały, chory wypisał się w stanie poprawy. Na podstawie objawów skórnych, w postaci wybroczyn, krwawych stolców, bez zmian we krwi, rozpoznano skazę krwotoczną typu Schönlein—Henocha. Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na charakter wybroczyn, które nabrały cech pęcherzyków z zawartością krwawą.

Sprawozdanie z posiedzenia dn. 29 kwietnia 1927 r.

Przewodniczył Bornsztajn.

Stanisław Markusfeld. **2 przypadki raka twarzy.**

M. przedstawia 2 przypadki raka twarzy ze względu na trudności w leczeniu ich. Pierwszy, u 72-letniego, który zachorował w 1920 r.; zrazu zjawiła się mała krostka na twarzy, zwiększała się powoli, a po 1 i pół roku trwania coraz szybciej; za 1-go pobytu chorego w szpitalu w VII 1922 r. owrzodzenie było już wielkości małej śliwki, w lewym fałdzie nosowargowym o brzegach niepodminowanych, nacieczonych, twardych, z dnem, pokrytem strupem, powstałym z zaschłej surowiczoropnej wydzieliny; najbliższe gruczoły chłonne nie były zajęte. Owrzodzenie wycięto na oddz. chirurgicznym. Chory przez 2 lata się nie pokazywał; gdy przybył znów w końcu VI 24 r., okazało się, że rana pooperacyjna się nie zabliźniła. Chorego naświetlono prom. Rtg. raz jeden; wypisano go, aby za miesiąc naświetlanie powtórzyć. 25. IV. 27 r. zgłosił się poraz 3-ci. W przeciągu ostatnich 3 ch lat był poza szpitalem jeszcze kilkakrotnie naświetlany prom. Rtg.; do zagojenia nie doszło.

St. o b.: cały lewy nosowargowy fałd i część policzka w owrzodzeniu o nieprawidłowych kształtach, o brzegach twardych, nacieczonych, niepodminowanych, pokrytych surowiczoropną wydzieliną; zniszczona część lewego skrzydła nosa. Na lewem policzku w okolicy lewego ucha, w pewnem oddaleniu od owrzodzenia, skóra na przestrzeni wielkości jaja kurzego ubarwiona bronzowo; na powierzchni skóry w tem miejscu twarde, drobne, szare brodaweczki.

W 2-im przyp. 52-letni wyrobnik skaleczył się (rąbiąc drzewo przed kilku laty) drzazgą u kąta wewnętrznego oka lewego. Owrzodzenie tu powstało; zwiększało się, choć się leczył maściami.

St. o b.: wzrostu średniego, budowy prawidłowej, odżywienia miernego; lewy oczodół i lewe skrzydło nosa w owrzodzeniu, powieka dolna częściowo zniszczona, część lewej górnej powieki zachowana, gałka oczna przesunięta ku górze, pokryta ziarniną wiotką, wrastającą na nią z oczodołu; owrzodzenie pokrywa wydzielina ropna. Gruczoły chłonne podszczękowe lewe nieco wyczuwalne.

W rozprawie Lubelski przypomina, że przed 15-tu laty operował 15 przyp. raka twarzy i nosa; wynik ostateczny był niepomyślny. L. zwykle nożem usuwał chore części, poczem przypalał je żegadłem; po zagojeniu ran wykonywał zabieg wytwórczy. L. w jednym przypadku operował stopniowo trzy razy; chorego naświetlano też

prom. Rtg. Nawroty występowałały w dość krótkim czasie. L. sądzi, że obecnie najwłaściwiej leczyć raki twarzy i nosa prom. radu.

Płońskier podkreśla znaczenie badań histologicznych wstępnych i w czasie leczenia radem; typ raka i zmiany w czasie leczenia prom. radu mają znaczenie dla wyboru planu postępowania i dawkowania.

Flokstrumpf dodaje, że nawet carcinoma spinocellular., najbardziej oporne jeszcze niedawno na działanie prom. radu, ostatnio już łatwiej niszczyć się udaje ze względu na odpowiednie dawkowanie.

Zamenhof uważa 2-gi przypadek za nienadający się do zabiegu operacyjnego, wzgl. usunięcia gałki ocznej; radzi również rad.

Płońskier. **Przypadek splenomegalji Gaucher.**

Na sekcji u kobiety 40-letniej znaleziono: dużą śledzionę (670 gr.) i wylewy krwawe w obu nadnerczach.

Badanie mikroskopowe śledziony wykazało: jasne duże komórki, zanik elementów miąższu śledziony, obfitą ilość barwika krwiopochodnego (hemosyderyny). W zarodzi dużych komórek widać było twory o charakterze wodniczek, niebarwiące się żadnemi barwnikami tłuszczowemi.

Reakcja błękitowa na żelazo, zawarte w hemosyderynie, wypadła dodatnio, szczególniej w śródbłonkach zatok. Całość tworzyła obraz, odpowiadający bardzo rzadkiej sprawie chorobowej — splenomegalji Gaucher.

Istota tej sprawy została ostatnio wyjaśniona, dzięki badaniom chemicznym Epsteina. Dowiódł on, że wodniczki w dużych komórkach zawierają substancję swoistą — cerebrozyd — kerazynę. Ma to być przejściowy produkt wadliwej przemiany materji, który zastaje pochłonięty przez elementy układu siateczkowo-śródbłonkowego.

Drażniąc te elementy, pobudza się je do rozrostu — powstają owe duże komórki (Gaucher-Zellen).

Jednakże sprawa ściślejszego określenia elementów, z których pochodzą te duże komórki, nie jest ostatecznie rozstrzygnięta.

Pick np. uważa, iż powstają one tylko z siateczki, śródbłonki natomiast pochłaniają hemosyderynę.

W każdym razie badania powyższe wyraźnie odgraniczyły cały ten, nader rzadki, obraz chorobowy od innych, bardzo do niego podobnych i również rzadkich, jak: splenomegalia lipoidocellularis (w cukrzycy lub samoistna u osesków).

Lubelski i Kigiel. **Przypadek wycięcia pęcherzyka żółciowego.** (Cholecystotomia idealis).

G., l. 49, podaje, iż przed 7 tygodniami, dźwigając ciężar, nagle uczuła silny ból brzucha (z 10 minut). Wieczorem ból się powtórzył,

był opasujący, promieniował ku prawej łopatce. Gdy leżała przez tydzień, bóle były usunięte. Stolce, mocz +. Nie gorączkowała. Gdy wstała, pracowała, bóle się powtarzały. Dawniej zawsze zdrowa; żółtaczki nie miała. Ostatnio sama wyczuwała w brzuchu w górnej ½ guz. St. ob. Powłoki brzuszne wiotkie; wypukowo +. O 4 palce niżej łuku żebrowego wyczuwa się guz wielk. mandarynki zaokrąglonej, twardej, bolesnej z dotyku, przesuwalny ku prawej i lewej stronie, mniej ku górze i dołowi; z oddechem porusza się. Wątroba niemacalna. Klinicznie rozpoznano cholelithiasis. Aby jednak wyłączyć n. inne cierpienia wykonano n. badania uzupełniające. Chromocystoskopją w pęcherzu moczowym zmian nie wykryto. Pyelografją ustalono, że cień zarysu nerki prawej leży niżej zwykłego poziomu. Zarówno miedniczka, jak kielichy, są rozszerzone. (Hydronephrosis incipiens). Danych o łączności z guzem (również dobrze zarysowanym) rentgenologiczne badanie nie ustaliło. W guzie złogi wapienne. W badaniu treści żołądkowej naczczo nic nie wydobyto; po próbnem śniadaniu: ogólna kwasota—22, kwas solny wolny — 15, kwas mlekowy—. Cholecystografją w 19 godzin po zjedzeniu pigułek tetrakontrastu—pęcherzyk żółciowy był zarysowany słabo o wymiarach i położeniu normalnem. Badaniem krwi ustalono: leukocytów — 6.800. erytrocytów—4.730.000. Krzepliwość 8—10′. Operację wykonano w uśpieniu eterowem. Cięcie brzucha od wyrostka meczykowatego do pępka i nieco niżej. Po otwarciu jamy brzusznej odrazu stwierdzono, iż guzem był tu pęcherzyk żółciowy, b. twardy. Wykonano dodatkowe cięcie poprzeczne przez mulsc. rect. Nieznaczne zrosty nad pęcherzykiem i dwunastnicą; usunięto je. Od pęcherzyka, który był twardy, wypełniony szczelnie kamieniami, szedł duct. cysticus w postaci cienkiego sznurka. Podotrzewnowo oddzielono pęcherz żółciowy; wraz z ductus cysticns usunięto go; kikut obszyto otrzewną. Sprawdzono duct. hepaticus i d. choledochus; palcem nic nie dało się namacać. Ranę zaszyto na głucho. Ściana usuniętego pęcherzyka żółciowego była dość zgrubiała, wewnątrz szczelnie wypełniony był kamieniami; jeden w ductus cysticus, ten był niedrożny. W części wyciętej ściany pęcherzyka cech nowotworowych nie wykryto. Przebieg pooperacyjny dobry; rychłozrost. Po 13 dniach chora już chodziła. Zasługuje tu na uwagę brak wyraźnego cienia w obrazie rentgenograficznym w miejscu pęcherzyka, którego wielkość zupełnie odpowiadała macalnemu guzowi w badaniu klinicznem.

W rozprawie Golstein zaznacza, że zbyteczne było tu cięcie dodatkowe, boczne, poprzez mięśnie proste, gdy już rozpoczęto operację cięciem podłużnem środkowem, zupełnie wystarczającem dla usunięcia woreczka. Nazwa idealis dla wykonanego tu zabiegu wydaje się G

nieodpowiednią—Lubelski odpowiada, że nikt z chirurgów nie usuwa pęcherzyka żółciowego z cięcia po linji środkowej: albo prowadzi się cięcie równoległe do łuku żeber (Kocher) i przecina się mięsień prosty lub też prowadzi się cięcie po linji środkowej do pępka, a stąd poprzeczne cięcie przez m. prosty (Czerny, Kocher). co też wykonano w danym przypadku. W kwestjì terminologji L. zaznacza, że nazwa Cholecystotomia idealis uznana jest przez chirurgów i jest mowa o niej we wszystkich podręcznikach.

J. Lichtenberg. **Rzadki przypadek schorzenia wielogruczołowego.** (Z oddz. G. Lewina).

A. P., lat 27, zachorował 4 mies. temu, po potknięciu się (?), miał b. silne bóle w lewym boku, leżał dni kilka. Odtąd silne pragnienie i wzmożone oddawanie moczu. Niebawem zauważył znaczne zaczerwienienie i stałe obrzmienie twarzy. Po kilku tyg. wysypka na czole i tułowiu. Zauważył też na początku choroby zanik libido, erekcji i ejakulacji. W 5-ym roku życia uraz głowy, w 10-ym płonica, ogłuchł. Siostra nerwowa. St. ob. Dobrej budowy, wzrost 156 ctm., waga 127 f, tętno 96, oddech +. R. R. 140—115. Pirq.—. Skóra (d-r Markusfeld): Folliculitis, lichen pilaris. Na szczycie czaszki blizna 3½ cm. × ½ cm., pod nią rowek w kości; gruczoły na szyi nieco zwiększone, tarczyca—nie; głos i uwłosienie—męskie. W płucach—świsty i furczenia; szmer na ictus cordis bez akcentuacji. Wątroba o 2 palce pod łukiem żebrowym. Narz. rodne — normal. K. k-ny bez obrzęków. Ukł. nerwowy +, psych. +. Dno, pole widzenia +; daltonizm (d-r Katzówna). Głuchota z prawej (dr. Dworecki). Rtg. bez zmian kostn. (d-r Mesz). Moczu w dniu przybycia 3,000; c. g. 1006 i urobilinogen >, chlorków 3,52 gr. na litr. Próba wodna—norma, koncentracyjna — hypostenurja: najwyższy c. gat. 1010, ilość chlorków nie przewyższa 5/100 nawet po obciążeniu 10 gr. NaCl—zwiększa się tylko ilość moczu (do 4.100), maksymalny jednak c. g. — 1009; chlorki dane bez wody — wogóle nie zostały wydalone; samo wyłączenie płynów powoduje zgęszczenie krwi bez zmniejszenia ilości moczu i bez zwiększenia jego koncentracji (wyłącza to polydypsję psychogenną); tylko zmniejszenie soli i białka w pokarmach powodowało zmniejszenie ilości moczu (co wskazuje na pierwotną polyurję, wzgl. hypostenurję). Badanie krwi: tylko zgęszczenie po wyłączeniu płynów (7.580.000 cz. krw.); Wass. i Sachs-Georgi —. Sedymentacja — 13¼ godz. Białka we krwi (d-r Dworecki) 6%, chlorków 0,6 — 0,9‰, wody 79,9%, cukru 0,9‰, wapnia (de Waarda) 5½ mgr. na 100. Frakcjonowane badanie treści żołądkowej: 35% normalnej ilości chlorków; Sonda dwunastnicza: kępki leukocytowe w III porcji. Nakł. lędz. (d-r

Herman): ciśn. 240 mg Hg, NA., Wass., pleoc. —; cukru—0,084%. Próba Danielopolu: wzmożone napięcie całego układu roślinnego, szczeg. ukł. współczulnego (adrenalina (0,02 mgr.) dożylnie: szybkie > ciśnienia krwi i nagły jego spadek (sympaticotonia); 50 gr. cukru naczczo i następne badanie cukru we krwi co 1/2 godz. wykazuje szybkie jego spalanie. Próba nowasurolowa: niedomoga wątroby (2 c^3 domięśni powoduje zwiększenie diurezy o 1.600 cm., zamiast 1000 norm.). Próba kolargolowa (0,2/10 zastrzyknięte dożylnie) nie wykazuje niedomogi układu siateczkowo-śródbłonkowego. Zasługuje tu na uwagę skojarzenie kilku stanów chorobowych. A więc: moczówka prosta, dystrofja tłuszczowo-płciowa, marskość wątroby oraz wręcz niepowszednie rozległe zmiany skórne. Zespół moczówki prostej nasuwa refleksje co do patogenezy dlatego, że pojęcia w sprawie gospodarki wodnej ostatnio uległy głębszym zmianom. Pojęcie o jedynem ognisku chorobotwórczem w diabetes insipidus — schorzeniu przysadki mózgowej — zachwiało się: siedlisko patogenetyczne tej sprawy coraz częściej w rozważaniach teoretycznych przesuwane jest ku obwodowi. Uważa się, że na dnie III komory (tuber cinereum, a może i IV—medulla oblongata) znajduje się ośrodek n. współczulnego, który przez n. splanchnicus hamuje wydalanie moczu; n. vagus ma działać antagonistycznie. Ostatnio wielu sądzi, że środek ciężkości leży bardziej obwodowo — w tkankach (wątroba, płuca, układ siateczkowo-śródbłonkowy), a coraz liczniejsze są głosy, że pierwotne schorzenie powstaje w samym narządzie wykonawczym (niedomoga koncentracyjna nerek — hypostenurja). Prawdopodobnie schorzenie każdego z wymienionych ognisk łańcucha gospodarki wodnej może spowodować zaburzenia moczówki prostej. Za udziałem przysadki przemawia tu wybitny charakter „endokrinologiczny" osobnika. Schorzenie wątroby zdaje się tu przemawiać za udziałem ogniska tkankowego, wiadomo bowiem, że „mięśniowe tamy żylne" Picka w wewnątrzwątrobowej części żyły wątrobnej regulują rozcieńczenie krwi: skurcz ich (spowodowany przez n. błędny, produkty rozpadu białka, roztwory hipertoniczne) wywołuje oddanie nadmiaru wody ze krwi wątrobie, zaś rozkurcz ich (przez n. współczulny, związki purynowe, novasurol) ułatwia oddanie wody przez wątrobę. Za udziałem tkanek tu w zespole prostej moczówki przemawia i jej postać hyperchloraemiczna (według klasyfikacji Weila), w postaci bowiem hypochloraemicznej d. insipidus odgrywają rolę (podług wymienionego autora) tylko nerki; preparaty przysadki nie dają dlatego w niej wyniku terapeutycznego. O roli nerek tu można sądzić z uporczywej sztywności koncentracyjnej ich, zresztą według wielu czynnik nerkowy jest conditio sine qua wszelkiego przypadku d. insipidus. Z punktu widzenia podziału etjologicznego (Bauera) idzie tu o postać idiopatyczną moczówki prostej, wywołaną przez czynniki dziedziczne,

ustrojowe zaburzenia w ukł. nerw. roślinnym i gruczołach dokrewnych; wstrząsy fizyczne i psychiczne; w danym przypadku uraz fizyczny z blizną na czaszcze (o skutku późniejszym). Objawy dystrophia adiposogenitalis są tu dyskretne; zresztą trudno orzec, jaka część przyrostu wagi zależy tu od tłuszczu, a jaka—od skupienia wody w ustroju. Ostatnie w tk. podskórnej mogło stać się bodźcem do rozwoju tk. tłuszczowej, wyraźnym natomiast jest tu hypogenitalismus. Zmiany skórne stanowią b. może tu „clou" przypadku, jako zaburzenia naczynio-ruchowe, barwikowe z zapaleniem mieszków włosowych i w postaci rozległego folliculitis i lichen pilaris. Zmiany te są tu sprawą sui generis, również zależą od zaburzeń w gruczołach wewnątrzwydzielniczych, wiemy bowiem obecnie, że wszystkie one łącznie wywierają wpływ na gospodarkę barwikową skóry, która też, przez swą sekrecję wewnętrzną, sprzyja tworzeniu się barwika (działanie na komórki barwikowe „bezpośrednie, wzgl. przez układ wegetacyjny). Na zmiany barwikowe miała tu też wpływ prawdopodobnie i wątroba, odgrywa wszak wybitną rolę w gospodarce barwikowej ustroju. Rokowanie tu quo ad vitam +, quo ad sanationem —. Leczenie tylko objawowe. Pomyślny wpływ wywiera ograniczenie soli i białka w pokarmach. Pituitryna domięśniowo wywarła skutek pożądany, większy hypophysogen; novasurol do mięśni +; opium per os < pragnienie. Strychnina, insulina, tyreoidyna, nakłucie lędźwiowe, 5 naświetlań prom. X (przysadki) bez wpływu.

W rozprawie Poncz zaznacza, że poliuria — rzecz wzgl. częsta w schorzeniach przysadki, przyczem prawdopodobnie nie zależy ona bezpośrednio od zmian w przysadce, a od ucisku na dno 3-ciej komory, wzgl. ośrodki w tej okolicy umiejscowione. Próby wodne koncentracyjne i wydzielnicze przerabiano na oddz. dr. Bregmana w schorzeniach przysadki mózgowej — przeważnie otrzymano nadmierne wydzielanie moczu przy b. niskim c. g.; w schorzeniach nadnerczy dzieje się przeciwnie (mało moczu. wysoki c. g.). Fliederbaum mówi o roli czynników tkankowych w genezie hiperchloremicznej moczówki prostej. Przyczyna cierpienia tu nie nerek niedomoga; zaburzona tu wymiana wody i soli między krwią a narządami wydzielniczemi (nadmiar soli z krwi wydalić się nie może) oraz między krwią a zbiornikami wody i soli, t. j. tkankami. Wątroba zatrzymuje tu (próba nowasurolowa) 2½ większą ilość wody (a może i chlorku sodu) niż normalnie. Niedomaga tu i układ siateczkowo-śródbłonkowy w gospodarce wodnej i chlorku sodu (collargol dożylnie dany nie mógł wywołać blokady tego układu). I skóra zatrzymuje tu nadmiar „słonej wody" — jak wynika z przyśpieszonego wessania się rozczynu fizjologicznego, wprowadzonego doskórnie. Pierwotne jest tu najprawdopodobniej utrudnione oddawanie chlorku sodu z tkanek do krwi i z krwi do na-

rządów wydzielniczych, a wtórnym wyrównawczy wielomocz, wypłukujący z tkanek i krwi zatrzymaną sól kuchenną. Bregman wątpi, aby rozpoznanie schorzenia wielogruczołowego było tu bezwzględnie słuszne, obj. dystr. adiposo-genit są tu niewyraźne. Wielomocz jest właściwy wielu chorobom nerek, a ubarwienie skóry nasuwa tu zrazu myśl raczej o polyglobulji. Landsberg rozpoznaje tu nietypowe schorzenie gruczołowe z udziałem wątroby o niejasnej etjologji. Pigmentacja może tu nasunąć myśl o hemochromatozie. Abramowicz mówi o warunkach, sprzyjających odkładaniu się tłuszczu w tkankach Bornsztajn nie dostrzega tu też objawów dostatecznych dla rozpoznania dystr. adipos genital. Lichtenberg w odpowiedzi raz jeszcze podkreśla, jak zawiłą pozostaje nadal sprawa gospodarki wodnej ustroju, jako zagadnienie teoretyczne i praktyczne. Dla rozpoznania choroby organicznej nerek nie było tu danych. Zespół tłuszczowo-płciowy uwydatniają tu adipositas i hyogenitalismus (u osobnika o normalnej tuszy i płciowości przed urazem).

Sprawozdania z posiedzeń dn. 20 maja 1927 r.

Przewodniczył Bregman.

Ambaszówna. **Przypadek skombinowanej wady rozwojowej serca.**

U 14-o-letniego chłopca na sekcji stwierdzono następujący zespół wad rozwojowych serca: otwór w górnej części przegrody międzykomorowej, łączący obie komory serca, otwór owalny niezarośnięty; przemieszczenie dużych naczyń serca, a mianowicie: tętnica główna przebiegała ponad tętnicą płucną; zwężenie ujścia tętnicy płucnej i niedokształcenie jej zastawek, wybitny przerost prawej komory — grubość mięśnia komory prawej wynosiła 1,2 cm., a więc prawie sześciokrotnie przewyższała grubość normalną. Wszystkie wady są wyrazem nieprawidłowości w kształtowaniu się przegród serca i międzykomorowej, przedsionkowej i naczyniowej.

Wizel i Markuszewicz. **O pierwszych próbach leczenia schizofrenji zimnicą.** (Odczyt; —

W rozprawie Bornsztajn podaje, że i na jego oddziale czynione są próby leczenia ostrej schizofrenji zimnicą; o wynikach nie czas tu jeszcze mówić. B. podkreśla, że w przebiegu ostrej schizofrenji są często i samoistne remisje. Zimnicze zakażenie w paraliżu postępującym (prototypie organicznej psychozy przewlekłej) prawie zawsze sprowadza wynik dodatni, w przypadkach przewlekłej schizofrenji, jak dotąd, zawsze ujemny.

Markusfeld podkreśla potrzebę wstępnego szczegółowego zbadania krwi szczepionego i krwi szczepionej (oraz pł. mózgowordzeniowego) na odcz. Wass; niemniej ważne jest tu też wstępne wyłączenie gruźlicy u dającego krew, którą przed zastrzykiem należy badać na plasm. malariae, aby nie było też i nieudanych szczepień. Ważne jest też wstępne zbadanie szczepionego na tolerancję chininy, wzgl. arszeniku. Następnie M. podkreśla jeszcze niebezpieczeństwo stwierdzone prowokowania nadmiernej liczby ataków zimniczych oraz niestałość poprawy, jaką niektóre przypadkowe choroby ciężkie zakaźne w wielu cierpieniach powodują (nprz. tylko czasowy wpływ dodatni duru plamistego na przebieg wilka. — M. sam przed wielu laty to stwierdzał).

Higier sądzi, że leczenie zimnicą może dać dobre wyniki w przyp. schizofrenji na tle organicznem; a nie da zaś w schizofrenji czynnościowej.—W paral. progr. zakażenie zimnicze powoduje b. możc rodzaj encephalitis malarica, który—gdy mija dodatnio — sprzyja również i gojeniu się szybszemu zmian oponowych wiotkich, zapalnych paraliżu postępującego.

Markuszewicz również tłumaczy dodatni wpływ zakażenia zimniczego w par. postęp. tem, że tu w grę właśnie wchodzą zmiany zapalne w mózgu i oponach. Remisje w ostrej schizofrenji—rzecz wzgl. rzadka ($12^1/_2\%$ Kraepelin). W 4 pokazanych tu przyp. poprawa była zdumiewająca.

Szour zwraca uwagę, że stany psychotyczne w związku z przebytemi chorobami zakaźnemi występują (jak to spostrzegał podczas epidemji duru brzusznego w Rosji) po spadku ciepłoty.

Bregman radzi w par. post, po kuracji malaryjnej, stosować i leczenie swoiste, zimnica bowiem czyni spirochety bardziej uchwytnemi dla salwarsanu.

Wizel podkreśla w odpowiedzi, że szło głównie w odczycie o stwierdzenie wpływu dodatniego leczniczego zakaż. zimniczego na schizofrenję, a nie o teoretyczne uzasadnienia.—U ludzi starszych (jak nprz. w par. postępując.) wystarcza 10—12 napadów zimnicy, w schizofrenji—u młodszych— nie ma obawy, gdy zastosujemy ich więcej (20—30). Przypadków śmiertelnych W. nie spostrzegał. Pierwsi chorzy oddziału, leczeni z powodu par. post. malarją, są już V-ty rok zupełnie zdrowi bez następczej kuracji swoistej, którą W. obecnie już stale stosuje.

Bregman i Szpilman — Neudingowa. **Mięsak rdzenia, jako ognisko mięsakowatości rozsianej, trwający od 7 iu lat.**

I. F., lat 44, od 7-iu lat w różnych miejscach guzki. Pierwszy, w głębi pod powieką, rósł wzgl. b. wolno, następne dłużej, do roku.

Guzy stosunkowo mało przeszkadzały choremu. Już w 1-ych latach skutecznemi w leczeniu okazały się prom. Rtg.. Cięższe objawy wystąpiły w jesieni ub. r. (guz śródpiersia — badanie prom. Rtg.). I tym razem prom. X okazały się skuteczne. Po paru miesiącach: objawy ucisku na ogon koński; bóle silne w obrębie n. kulszowych, zaburzenia czucia w zakresie korzeni krzyżowych, lekkie zaburzenia urynowania. Na oddz. dr. Markusfelda, dokąd skierowano zrazu chorego, stwierdzono rozsianą mięsakowatość.

St. ob.; blokada kanału kręgowego u IV kr. lędźw. (lipjodol) III i IV-y kr. lędźw. bolesne — nieznaczne wyprostowanie tu linji kręgosłupa—zniesienie fizjologicznego wypięcia naprzód. Rtgramy bez zmian. Rozpoznano wówczas sprawę uciskową oponową, wzgl. w obrębie ogona końskiego. Rtg. leczniczy okazał dużą ulgę; bóle szybko ustąpiły. Chory wypisał się. Po paru tyg. znów bóle. Wrócił do Szpitala; tu szybko pogorszenie: zaburzenia czucia i w obrębie korzeni lędźwiowych. Mimowolne wydalanie moczu i kału. Lipjodol nadal w miejscu wskazanem. Rentgenoterapia —. Pozatem zwracają uwagę nad prawą 1/2 szczęki dolnej i pod lewą powieką guzki. Objawów guzów wewnętrznych nie wykryto. Mocz norm. T° podgorączkowa. W krwi bez zmian charakterystycznych. Badanie gruczołów (bioptyczne) nie wykazało zmian charakterystycznych dla limphogranulomatosis (nie było też wielu innych objawów tej choroby, o której zrazu można było tu pomyśleć). Rozpoznano więc mięsakowatość, czemu nie przeczyło skuteczne działanie prom. Rtg. Zasługuje na podkreślenie jeszcze długi czas trwania choroby, o stosunkowo słabem narastaniu objawów, w ciągu wielu lat; cięższe objawy ujawniono dopiero przed 1/2-roczem.

S. Markusfeld. **2 przyp. przymiotu skóry grudkowo-pryszczowego.**

I., 35 lat, urzędnik—przed 3 tyg. wysypka na głowie i twarzy; po kilku dniach wykwity na całem ciele, ból głowy, nóg, ogólne osłabienie. Przed laty wiewiór; przed 2 laty żółtaczka; ostatnie dni kilka t° 37,5—39.—St. ob. T° rano 36,6, wiecz. 37,2. Na skórze uwłosionej cz. głowy, czole, szyi, plecach, piersiach, brzuchu, ramionach przedramionach, podudziu wykwity tu i owdzie gęsto usiane (wielk. soczewicy)—ciemnoczerwone grudki (papulae lenticulares), w większości ropa (pustulae), niektóre pokryte strupem; wokół pryszczy tych zapalna obwódka (do 2 mm). Mniejsza część grudek pokryta w środku dość grubą łuską. Na głowie przeważnie wykwity ropne, rozsiane. Na przedn. powierzchni kl. piersiowej, brzucha, plecach przeważają

liczne pryszcze. Na k. k. g. wykwitów mało (przeważnie na wewn. stronie), na k. k. d. tylko na tylnej powierzchni podudzi. Gruczoły chłonne twarde, powiększone. Jama ustna, narz. wewnętrzne bez widocznych zmian.

II. 27-letnia wyrobnica; zaczęło się 2—3 tyg. temu od bólu gardła i wysypki; 2-oje dzieci zmarło ($2^1/_2$ i $1^1/_2$ roku). St. ob. T° w Szpitalu zrazu do 38- poczem normalna. Na skórze całego ciała b. obfita wysypka—grudki (wielk. soczewicy) z odcieniem miedzianym — niektóre pokryte mniej więcej łuskami: na szyi, u granicy włosów, twarzy, plecach—pryszcze. Niema wykwitów tylko na wewnętrznej powierzchni dłoni i podeszwowej stopie lewej. U sromu i anus bez zmian. Gruczoły chłonne twarde, powiększone, niebolesne. Na migdałkach t. zw. plaques opalines, pozatem jama ust bez zmian, jak również narządy wewnętrzne.

Rozpoznanie kiły w obu przypadkach na mocy charakteru wysypek (aczkolwiek nie było objawów kiły na narządach rodnych zewnętrznych) potwierdziło w obu następcze badanie krwi na odcz. Wasserm. (++++) i S. Georgi (+ i +++). Mnogość nacieczeń, skłonność do ropienia, każą uznać oba przypadki za ciężkie (ostatnio b. rzadkie). Siła odczynu chorobowego po zakażeniu kiłowem zależna jest od osobniczych właściwości zarażonego ustroju, wzgl. współistnienia jakiej ciężkiej choroby ustrojowej (nprz. tbc) oraz posiadania tu, wzgl. nieposiadania, odziedziczonych przeciwciał do walki z przymiotem. Leczenie swoiste ma tu przebieg normalny, rokowanie nie budzi obaw.

Sprawozdanie z posiedzenia dn. 10 czerwca 1927 r.

Przewodniczył Flatau.

Luxenburg i Płońskier. **Przypadek niezwykłych guzów wątroby oraz mięśnia sercowego.**

34 letni J. B. cierpiał od 6 tygodni na niezmierne bóle brzucha i pleców; ostatnio brzuch powiększył się. Podobnie chorował już 3 razy—przed 9 laty (z żółtaczką), przed 6 i 2 laty — za każdym razem 3—4 miesiące—i kończyło się dobrze. Badanie wykrywa nieznaczne powiększenie gruczołów podszczękowych, szyjnych i pachwinowych; śledziona o 4 palce niżej łuku, wątroba znacznie niżej linji. pępkowej, twardy brzeg, powierzchnia guzkowata. Ani wywiady, ani badania narz. wew. nie wskazywały na kiłę. Płyn wypuszczony z jamy brzusznej mętnokrwawy; WaR — ujemny. Krew: cz. 4,6 m., leuk. 6400: N. 70, L. 15, Mono. 11, Eo. i Baso. po 2. W moczu--urobilinogen.

Płońskier dodaje, że na sekcji stwierdzono tu olbrzymią wątrobę, naszpikowaną dużemi białemi guzami. W nerkach istota korowa była całkowicie nacieczona białemi, spoistemi masami. W mięśniu sercowym, tuż ponad nasierdziem, liczne białe wyraźnie odgraniczone ogniska. Badanie mikroskopowe wykazało mięsak okrągłokomórkowy (?). (Przypadek w dalszem opracowaniu).

J. Fliederbaum. **Przypadek achondroplasiae** (z oddziału G. Lewina).

Chorego przywieziono do Szpitala w stanie nieprzytomnym 16.V1927 r. Po przybyciu na oddział odzyskał przytomność. Opowiadał, że się napił w celach samobójczych esencji octowej, poczem zemdlał. Co się później działo, nie pamięta. Ma lat 16. Zawsze był zdrów. Rodzice zmarli, gdy chory miał 8 lat—nic o nich nie wie. Ma starszych od siebie brata i siostrę, prawidłowo rozwiniętych.

Zmiany w górnych drogach oddechowych i pokarmowych oraz białkomocz, wywołane zatruciem, szybko przeszły. W narządach wewnętrznych bez zmian. Zwraca uwagę patologiczna budowa ciała.

Wzrostu b. małego—109 cm. (normalnie w wieku 16 l.—150 cm Nawet i dla tego małego wzrostu kończyny górne i dolne są zbyt małe (k.k. g. 40 cm., k.k, d. — 62 cm,); rozpięcie ramion — 87 cm, (normalnie jest równe wysokości). K.k. górne są krótkie, niezgrabne, wykrzywione, z wypukleniami w okolicy stawów, skóra — z brózdami fałdami, wydaje się zbyt dużą na ten szkielet kostny. Stopień skrócenia kości długich jest większy na kościach obwodowych (dłoni, stopy . Specjalnie zwracają uwagę (krótkie 4 cm. długości) grube palce k.k. górnych, tworzące t. zw. przez niekt. autorów „Dreizack hand". Analogiczne zmiany we wzroście kości na długość w obrębie k.k. doln. Czaszka czworokanciasta, z wystającemi guzami czołowemi; podstawa czaszki zbyt mała (zdjęcie rentgenowskie). Nos przysadkowaty: wargi grube; uzębienie prawidłowe. Klatka piersiowa kształtem przypomina pierś kurzą. Prącie nadmiernie rozwinięte. Jądra duże, w mosznie. Uwłosienie czaszki prawidłowe, pod pachami brak go, dość obfite nad spojeniem łonowem, nadmierne na k.k. górn. i doln. oraz na plecach. Lordosis.

Wasserman (—). Pirquet (+). Ciśn. krwi 85/45 R. R. Mocz, dno oka, granice pola widzenia, napięcie układu autonomicznego, przemiana mineralna i organiczna, układ nerwowy, stan psychiczny (+). Obraz krwi: Hb 61%, Er. 4.200.000, Leuk. 11.300, w tym 44% lymfocytów, 53

neutrofilów, 2% eozynochł., 1% bazoch. Obraz rentgen.: zahamowanie wzrostu kości długich w kierunku podłużnym, nadmierny ich rozrost w kierunku okostnowym, nasady kości dług. grzybiasto-rozszerzone, t. zw. listewki okostnowe; czaszka: zmniejszenie podstawy czaszki, siodełko b. małe.

Po wyłączeniu karłowatości etnicznej, rodzinnej, mongolowatej, negroidnej, wskutek zmian w k. k. dolnych (niedorozwój ich, złamania, dysplasia periostalis), wskutek schorzeń narządów wewnętrznych (serca, wątroby, śledziony, trzustki), wskutek kiły, krzywicy, oraz pierwotnych karłowatości tarczycopochodnej (Brissaud), przysadkowej (Lorrain), grasicowej, przytarczycznej oraz przez pubertas praecox — Fl. rozpoznaje, wobec typowego obrazu klinicznego i typowych zmian rentgenologicznych, achondroplazję czyli osteogenesis imperfecta, a mianowicie, jej postać odśrodkową (zmiany są wyraźniejsze w kościach obwodowych).

Przypadek demonstrowany, z wyraźnemi zaburzeniami ze strony gruczołów dokrewnych (mała przysadka, nadmierny rozwój płciowy, nadmierne uwłosienie, niskie ciśnienie tętnicze), przemawia na korzyść teorji endokrynnej tego schorzenia, a przeciw teorji ustrojoworodzinnej (brak analogicznych schorzeń w rodzinie!) i mechanicznej Jansena (wdł. tej teorji schorzenie jest skutkiem powolnego rozrostu owodni przy zbyt szybkim rozwoju płodu, a zatem jest następstwem gorszego ukrwienia uciśniętych części obwodowych płodu).

Zamenhof i Arkin. **Dwa przypadki operacji Lagrange'a.**

W obu stwierdzono jaskrę przewlekłą z polem widzenia znacznie zwężonem od strony nosa. Ciśnienie śródgałkowe mierzono trzy razy dziennie; o godz 6 rano, o godz. 10-ej i o godz. 5 pp. Ciśnienie w godzinach rannych, zwł. o 6 rano, wynosiło od 35 do 45 mm kg. natomiast w godzinach popołudniowych spadło prawie do normy. Wykonano wycięcia w twardówce (Sclerectomia) oraz wycięcie obwodowe tęczówki, z pozostawieniem okrągłej źrenicy. Przebieg pooperacyjny spokojny, ciśnienie śródgałkowe obecnie normalne. W miejscu wycięcia twardówki widać poduszeczkę obrzękłej spojówki, która świadczy o tem, że otrzymano t. zwaną bliznę filtrującą, którą operacja Lagrange'a, dobrze udana, powinna wytworzyć.

Arkin. **Przypadek nawrotowych krwotoków siatkówki.**

Przypadek dotyczy młodego człowieka, który zauważył przed rokiem pogorszenie wzroku. Lekarze określali chorobę, jako zapalenie

siatkówki i nerwu wzrokowego. Zaniewidział na oko lewe zupełnie, okiem pr. widzi b. źle. Stan obecny przedstawia się następująco: 1) oko lewe — zupełna ślepota, jaskra dokonana z zaćmą patologiczną 2) oko prawe: części zewnętrzne bez zmian; z dna brudno-czerwony odblask. Szczegółów dna dobrze nie widać. Na obwodzie górnym siatkówki pojedyncze krwotoki i unaczyniona tkanka łączna. Pozatem przed siatkówką w kilku kierunkach przechodzą pasma tkanki łącznej również unaczynionej. Vis. = palce na $^1/_2$ metra. Jest to więc postać chorobowa, znana pod nazwą retinitis proliferans Maura, która występuje po nawrotowych krwotokach u ludzi młodych. Badania histologiczne ustaliły — jako najczęstszą przyczynę — gruźlicę. Ponieważ w danym przypadku Pirquet był dodatni, zastosowano leczenie tuberkuliną w bardzo małych dawkach, aby nie wywołać odczynu ogniskowego. Stan chorego poprawił się o tyle, że ostrość wzroku podniosła się do $^2/_{60}$, a dno prześwietliło się o tyle, że można obecnie zobaczyć zarysy tarczy n. wzrokowego.

W rozprawie przemawiali Goldflam i Zamenhof.

Arkin. **Usunięcie zaćmy z oka po współczulnem zapaleniu.**

Po usunięciu zaćmy z oka lewego na 6-ty dzień wystąpiły objawy zapalenia tęczy z wysiękiem do komórki przedniej. Po zastosowaniu odpowiedniego leczenia wysięk wessał się, lecz dno w dalszym ciągu było nastrzyknięte. Po sześciu tygodniach zauważono lekki nastrzyk drugiego oka i osady na błonie Descemeta. Oko lewe usunięto, Zmiany w oku pr., w którem była również zaćma starcza, polegały jedynie na lekkim nastrzyku przyrogówkowym i osadach tylnych. Źrenica rozszerzała się dobrze i nie było przyczepów tylnych. Stan ten trwał bez zmian w ciągu 4 miesięcy, poczem nastrzyk ustąpił. Wykonano iridektomję przygotowawczą, na którą oko mało reagowało, poczem po miesiącu usunięto z oka prawego zaćmę. Zarówno sam zabieg, jak i przebieg pooperacyjny, przeszedł normalnie i obecnie ostrość wzroku w tem oku wynosi $^5/_{20}$. Ubytek części ostrości wzroku tłumaczy się mętami w ciałku szklistem. Przypadek ten wyróżnia się: 1) rzadkim przebiegiem współczulnego zapalenia oka, w którym zwykle widzimy iridocycl. plastic., gdy w tym przypadku nie było wysięku; 2) dobrym wynikiem operacyjnego zabiegu, który jest zwykle przeciwwskazany w oku, dotkniętem współczulnem zapaleniem.

Gombiński i Rapiport. **Przypadek złamania żuchwy, leczony nałożeniem szyny ustalającej.**

7-mioletnia dziewczynka upadła i złamała żuchwę. Złamania te nie są chorobą rzadką. Zdarzają się znacznie częściej niż złamania szczęki górnej, bo żuchwa więcej wystawiona jest na wszelkie zewnętrzne urazy

i jest słabiej zbudowana, aniżeli zbita, nieruchoma, szczęka górna. Urazy te mogą być bezpośrednie lub pośrednie, a wywołane przez nie złamania mogą nastąpić w jednem lub kilku miejscach jednocześnie. Pod względem umiejscowienia rozróżniamy: złamania gałęzi wstępującej żuchwy, wyrostka zębodołowego i trzonu żuchwy. Pierwsze 2 postaci złamania zdarzają się rzadko i nie mają dużego znaczenia praktycznego; natomiast złamanie trzonu żuchwy jest schorzeniem częstem i występuje zwykle w miejscu kła, gdzie kość żuchwy jest słabiej zbudowana ze względu na obecność otworu bródkowego i dosyć długiego korzenia tego zęba. Linja złamania przebiega przeważnie pionowo lub skośnie przez trzon żuchwy w kierunku od góry i przodu ku dołowi i tyłowi. Również zdarzają się złamania w miejscach siekaczy i przednich zębów trzonowych, w środkowej zaś części żuchwy znacznie rzadziej, bo kość tu jest mocniejsza ze względu na obecność kolca bródkowego. Na skutek postrzału lub przejechania następują złamania w kilku miejscach jednocześnie.

Najważniejszym objawem klinicznym w złamaniach żuchwy jest przemieszczenie odłamków, kierunek którego zależny jest od działającego urazu. Rozróżnia się trzy typowe postaci przemieszczenia: 1) w złamaniu żuchwy na wysokości kła są dwa odłamki: jeden krótki, przyciśnięty przez żwacze do szczęki górnej, drugi dłuższy, który siłą skurczu mięśni żuchwowo-gnykowych zostaje przyciśnięty ku dołowi i nieco w tył, tworząc w taki sposób przemieszczanie ad latus; 2) drugi typ przemieszczenia jest w tym przypadku, kiedy żuchwa bywa złamana w 2-ch miejscach i środkowy wolny odłamek zostaje przyciągnięty do kości gnykowej wskutek skurczu mięśni dwubrzuścowych, bródkowognykowych i bródkowojęzykowych; 3) w trzeciej postaci złamania w okolicy zębów trzonowych lub poza niemi przemieszczenia może zapełnie nie być: gruba i mocna warstwa żwaczy w tem miejscu zabezpiecza i uniemożliwia wszelkie przemieszczanie. Bóle po złamaniach żuchwy bywają zwykle duże i wywołują upośledzenie w czynności żuchwy. Przeważnie bywa brak silnego krwawienia lub uszkodzeń nerwowych ze względu na głębokie umiejscowienie nerwu żuchwowego i zmiażdżenie ścianek tętniczki.

Rozpoznanie nie przedstawia zwykle dużych trudności; w ciężkich i niepewnych przypadkach Rtg. rozstrzyga sprawę.

Rokowanie zależne jest od tego, czy ma się do czynienia ze złamaniem prostem lub powikłanem. W pierwszym przypadku jest ono dobre i po odpowiedniem ustawieniu odłamków następuje zupełne wyleczenie po upływie kilku tygodni. Inaczej przedstawia się sprawa w powikłanem złamaniu żuchwy; w tych razach prawie zawsze mamy do czynienia z zakażeniem miejsca złamania. Aczkolwiek bardzo

rzadko widujemy groźne komplikacje w rodzaju ogólnego ciężkiego zakażenia, zapalenia płuc wskutek aspiracji lub ostrego obrzęku krtani, jednakże w tych razach następuje długotrwałe ropienie, które prowadzi do przewlekłego zapalenia szpiku i nawet do zgorzeli odłamków lub całych części żuchwy. Ustawienie przemieszczonych odłamków w tych razach nie udaje się, nieprawidłowy zgryz ze wszelkiemi jego następstwami bywa często skutkiem tych skomplikowanych złamań żuchwy.

Lekarz-dentysta Gombiński podaje, że przystępując do leczenia omówionego wyżej przypadku złamania żuchwy, należało przedewszystkiem ustalić system aparatu ortopedycznego, mającego na celu naprostowanie zboczeń oraz utrzymanie odłamków w stanie normalnym.

Kierując się metodą Cieszyńskiego — określania zboczeń odłamków szczęk według głównych płaszczyzn orjentacyjnych czaszki G. stwierdził u chorej: a) nieznaczne zboczenie prawego odłamka w płaszczyźnie pierwszej—poprzecznej, czyli czołowej, spowodowane mięśniami grupy B. ze strony prawej (skrzydłow. zewnętrz.);

b) znaczne zboczenie obu odłamków w płaszczyźnie drugiej — strzałkowej, spowodowane odciągnięciem prawego odłamka ku dołowi mięśniami grupy C. (bródkowo-gnykowy, bródk.-językowy, szczękowo-gnykowy i dwubrzuszny), a lewego odłamka ku górze mięśniami grupy A. (żwacz, skroniowy i skrzydłowo-wewn.);

c) nieznaczne zboczenie w płaszczyźnie trzeciej poziomej[1]) lewego odłamka ku tyłowi mięśniami grupy B. z lewej strony. To samo wykazała orjentacja wzajemnego stosunku zębów przy kierowaniu się trzema zasadniczemi linjami: środkową, trzonowców i kłów. Wobec znaczniejszego zboczenia w linji strzałkowej w wyborze przyrządu ortopedycznego G. zdecydował wybrać system Verfa [2]) w modyfikacji Schrödera. Kierując się stanem uzębienia młodej pacjentki (7 lat).

stały	mleczne	stałe	mleczne	stały
6.	5. 4. 3. 2.	**1.** / **1.**	2. 3. 4. 5.	**6.**

pierwsze i szóste zęby stałe w okresie wyrzynania, również piąte mleczne w stanie wypadnięcia, które nie nadawały się do oparcia szyny,

[1]) Płaszczyzna pozioma jest równoległą płaszczyznie poziomej frankfurckiej.

[2]) W zależności od indywidualności przypadku posługujemy się różnemi systemami szyn ustalających: Hamilton'a, Tauer'a, Hammond'a, Martin'a' Weber'a, Haun'a, Warnekros'a, Kersting'a, Port'a, Verf'a, Pethers'a, Parreidt'a, Wetzla, Holferich'a i inn. modyfikacji.

nałożono pierścienie szyny ustalającej na czwarte mleczne zęby, do których przylutowano dwie szyny druciane, jedną ze strony wargowej drugą — językowej. Po nastawieniu odłamków w uśpieniu, nałożono szynę na żuchwę, przymocowując pierścienie cementem do koron czwartych zębów i przewiązując drutem ortodoncyjnym do kłów. Obecnie pacjentka jest 10 dni po nałożeniu szyny ustalającej: zgryz prawidłowy, ruchy żuchwy swobodne, (odzyskała je zaraz po nałożeniu szyny), Usunięcie szyny nastąpi 4 tygodnie po nałożeniu.

Bielenki i Płońskier. **Przypadek śluzako-mięsaka z niezwykłem siedliskiem przerzutów.**

N. B., lat 40, przybył na oddział dra Lublinera 6.XII.1926 z powodu bólu w boku prawym i suchego kaszlu. Objawy zjawiły się przed 2 tygodniami. Poprzednio był zdrów. Przed 10 laty amputacja kończyny dolnej z powodu „guza“.

Chory budowy prawidłowej, odżywienia dobrego. Pod żuchwą z prawej strony oraz pod obojczykiem lewym gruczołki wielkości mandarynki małej. W płucu pr. pod kątem łopatki przytłumiony odgłos opukowy, drżenie głosowe zniesione, oddech osłabiony. Nakłucie próbne nie wykazało płynu. Wymiary serca normalne, tony czyste. T. 84. Mocz, krew, plwocina bez zmian patologicznych. Odczyn Wasserm. ujemny. Ciśnienie krwi w granicach normy. Roentgen: w pr. opłucnej wolny płyn, w lewem płucu w obrębie górnego płata cień okrągły, wielkości jabłka. W badaniu anatomo-patologicznem rozpoznano myxosarcoma.

Zastosowano rentgenoterapję, naświetlając serjami wszystkie stwierdzane guzy—znikł tylko guz pod żuchwą, inne powstały bez zmian. Chory się wypisał, ale po kilku tygodniach wrócił w stanie ciężkim. Stan podgorączkowy, tętno 96, małe; żółtaczka. W płucu pr. stępienie ze zmienionym oddechem podniosło się do wysokości połowy łopatki. Wątroba duża, bolesna, granica serca i jego działalność bez zmian wybitnych. W moczu urobilinogen i barwiki żółciowe; stolce odbarwione. Roentgen — zupełne zaciemnienie części płuca pr. — guz; górne granice jego dobrze zarysowane na tle płuca. Okrągły, o kształcie jabłka, guz w górnym płacie lewym. Stwierdzono pozatem u chorego guz na udzie (kikucie).

Chory zginął z powodu krwotoku płucnego.

Płońskier dodaje, że na sekcji mężczyzny 42-letn'ego stwierdzono tu ogniska nowotworowe w obu płucach, w sieci, w trzustce, w istocie rdzeniowej nadnerczy, w mózgu, w pęcherzyku żółciowym oraz w żyle dolnej próżnej. Tutaj właśnie podłużny guz wrastał do prawego przedsionka, gdzie się rozrósł do wielkości jabłuszka.

Kilka miesięcy przed śmiercią choremu usunięto guz z mięśni piersiowych. Badanie mikroskopowe wykazało śluzako-mięsak. Badanie pośmiertne wykazało takąż postać we wszystkich przerzutach. W tej samej rodzinie starsza siostra ma na prawej stopie dość duży guz, który ostatnio szybko rośnie. Brat starszy ma duży guz na karku.

Konferencje neurologiczne oddziału IX-go.

Posiedzenie dn. 3.II 27.

L. Bregman i Szpilman-Neudingowa. **W sprawie badania lipjodolem schorzeń rdzeniowych.**

Ocenę słuszną rozpoznawczą wyniku badania lipjodolem utrudnia: 1) zatrzymanie się lipjodolu w postaci wydłużonego bloku, gdy klinicznie niema objawów uciskowych rdzenia; 2) zatrzymanie się lipjodolu w postaci rozsianej, bez objawów schorzenia opon. Ilustrują te trudności 2 następujące spostrzeżenia: pierwsze u 29-letniego chorego; od roku bóle, parestezje i postępujące porażenie kkd. Parestezje w k. k. d.. St. ob.: Niedomoga narządów wydalania. Osłabienie wzroku. Porażenie k. k. g. z hipertonją bez odruchów ścięgnowych i skórnych. Lekki bezwład w k. k. g. Osłabienie czucia do sutków. Odbarwienie tarcz nerwu wzrokowego, mroczek przyśrodkowy typu hemianopijnego. Drgania oczopląsowe w krańcowem ustawieniu. Rozpoznano: stwardnienie wieloogniskowe. Rozczepienie białkowo-komórkowe w pł. mózgowo-rdzeniowym. Lipjodol zatrzymał się zrazu nad I kr. grzbiet., po kilku dniach nad III kr., a po paru tygodniach nad XII kr. grzbiet. Lipjodol, zatrzyknięty lędźwiowo w pozycji Trendelenburga, zetknął się prawie całkowicie z lipjodolem górnym.

W 2-gim przypadku u 56-letniego chorego, od roku zaczęło się od parestezji w k. k. g. i d., braku łaknienia; następnie wystąpił niedowład lewej, a później pr. k. g.. St. ob.: duża niedokrwistość, wybitny niedowład spastyczny k. k. d. wraz z bezładem; mniejszy bezład k. k. g. Osłabienie czucia do linji sutków. Zaburzenie wydalania. Rozpoznano tu skombinowane schorzenie pęczków tylnych i bocznych, prawdopodobnie na tle niedokrwistości. Lipjodol zatrzymał się w postaci większych i mniejszych skupień w górnej części grzbietowej; pojedyncze krople obocznie poza trzonami kręgów. Ponowne zastrzyknięcie: ten sam obraz, znaczne skupienie lipjodolu w dolnej części grzbietowej. Rozsiane sku-

pienia lipjodolu uważa się za znamienne dla sklejeń w obrębie opon. W danym przypadku jednak w przebiegu choroby nie było objawów oponowych, pł. mózg.-rdzeniowy był zupełnie normalny.

W rozprawie Mesz omawia rentgenogramy odnośne. W 1-m przyp. lipjodol był tak skupiony, że sprawiało to wrażenie, że ma się do czynienia ze sprawą nad oponą twardą. Dopiero po sfotografowaniu części szyjowej kręgosłupa sprawę tę można było wyłączyć. Słupki lipjodolowe boczne na rentgenogramie wskazują na zrosty, stąd ślady lipjodolu wzdłuż korzeni.

W 2-gim przyp. zatrzymanie się lipjodolu wskazuje na przeszkodę (guz czy też inną sprawę chorobową). Opadnięcie późniejsze lipjodolu o 2 kręgi nie wyłączą przeszkody, tak samo zatrzymanie się jego w innych miejscach. I w I-ym, jak i w II-ym, przypadku przegrodę stanowiły zrosty.

W rozprawie Bychowski też tak sądzi; należałoby może stosować lipjodol w leczeniu; demonstrowane rentgenogramy wskazują, że lipjodol opadając może przerywać przeszkody.

Orliński zaznacza, że Sicard zwrócił uwagę, że lipjodol w ampułkach ulega zmianom, a w tubkach nie. Lipjodol w leczeniu stosowano już dawniej; jod sprzyja tu wchłanianiu. Małe krople lipjodolu na rentgenogramach nie wskazują na przeszkodę.

Prussakowa dodaje, że niekiedy w scl. mult. krople lipjodolu zatrzymują się na różnej wysokości (zrosty?); pewna odległość między górnym a dolnym słupkiem lipjodolu wskazuje tu, ceteris paribus, na guz; o ile słupki się stykają, są raczej zrosty.

Goldflam sądzi, że w drugim przypadku niewątpliwie należy przypuszczać zrosty. Lipjodolu znaczenie terapeutyczne—rzecz wątpliwa; zrosty są tu tylko objawem obocznym, nie stanowią istoty cierpienia, znajdujemy je również w cierpieniach kręgów, powyżej i poniżej guzów.

Poncz mówi o zrostach z punktu widzenia ogólnej patologji, o ich znaczeniu leczniczem, wątpi, aby we wszystkich sprawach rdzeniowych przerywanie zrostów było rzeczą korzystną.

Bregman uważa, że ponieważ lipjodol zatrzymywał się z boku kręgów, należy wyłączyć sprawę nad oponą twardą. Lipjodol tu stosowano dla celów diagnostycznych, a nie leczniczych; cięższy lipjodol prędzejby przerwał zrosty.

Ujemnych cech lipjodolu w ampułkach B. nie spostrzegał. Pojedyncze krople lipjodolu na rentgenogramach częściej spotyka się w wiądzie rdzenia, niż w stwardn. rozsianem.

II. Flatau i Herman. **Przypadek nowotworu okolicy nerki z przerzutami do kręgów, ogona końskiego, u 5-letniego dziecka, pod postacią ostrego zapalenia rdzenia.**

$3^1/_2$ - roczne dziecko uległo przed $1^1/_2$ rokiem urazowi. Przed 3 mies szczepienie przeciwszkarlatynowe, poczem gorączka. Wkrótce nagłe porażenie k. k. d., pęcherza i kiszki stolcowej. Po tygodniu polepszenie: zaczęło ruszać to jedną, to drugą nóżką; chodzić nie mogło[1]). Po 2 tyg. dalsze polepszenie. Rozpoznano: poliomyelitis. Leczenie: prom. Rtg. i diatermją (miesiąc przed przybyciem na oddział). Pogorszenie: mimowolne oddawanie moczu i kału. Już w maju 1926 r. dziecko narzekało na bóle w l. k. d., a 3 tygodnie przed szczepieniem przeciwpłoniczem już utykało na tę nóżkę, zresztą krótko.

St. ob. (30/XII 26). Odżywienie liche. Gruczoły chłonne szyjowe, pachowe, zwł. pachwinowe — powiększone, twarde. Brzuch wzdęty, powłoki napięte. W płucach stłumienie wypukowe między łopatkami. K. k. d. wychudzone in toto. Zanik mięśni lewego oraz prawego uda i podudzia. Stopy opadnięte, obrzękłe. Porażenie wiotkie k. k., zachowane zgięcie w l. stawie biodrowym i kolanie. Czucie bólu na k. k. d. zniesione do połowy ud (od przodu) i powyżej pośladków. (Badanie innych rodzajów czucia niemożliwe). Odruchy rzepkowe, Achillesa, brzuszne, podeszwowe, analny = O. Nietrzymanie moczu i kału.

U kręgosłupa, w części lewej grzbietowo - lędźwiowej, wygórowanie twarde, wielkości pięści dziecka. T^0 38.6^0 — 40,9^0. Tętno (3.I) 130, drobne. Na szyi (3/I) od przodu, po str. lewej, znaczny obrzęk rozlany, (aż do II przestrzeni międzyżebrowej) i l. barku. Skóra tu zaczerwieniona. Żyły pod l. obojczykiem rozszerzone. 5/I.27 powiększenie wątroby. T^0 wciąż wysoka. W krwi Streptococcus haemoliticus. Dziecko zmarło 5/I.27.

Sekcja: guz wielkości jabłka u górnych kręgów lędźwiowych; był on przedłużeniem guza prawej nerki zniekształconej (wielkości główki dziecięcej). Brak prawego nadnercza. Guz, miejscami chełboczący, rozrastał się w lewo po

---

[1]) Płyn mózgowo-rdzen. (klinika prof. Michałowicza) 12.X 26: dodatni odczyn Pandy'ego i Nonne-Apelt'a, 16 ciałek białych (przewaga limfocytów), posiew ujemny. 20.X.26 — Nonne-Apelt i Pandy — słabe, 12 kom. z przewagą limfocytów, posiew ujemny.

za otrzewnę, ku kręgosłupowi, wokół dużych naczyń, wrastał do mięśni lędźwiowych po str. lewej; stąd drążył ku dołowi, niszcząc kręgi lędźwiowe i krzyżowe, przenikał do kanału krzyżowego. Pozatem stwierdzono przerzuty ponad prawą pachwiną i pod obojczykiem po str. lewej. W rdzeniu: na tylnej powierzchni worka twardówkowego, 2 cm. niżej stożka rdzeniowego, żółtawo-szare, miękkie masy, bezpośrednio na twardówce, zrośnięte z nią szczelnie. Pod rozciętą oponą twardą normalny wygląd powierzchni rdzenia, również na przekrojach. Korzenie ogona końskiego, o wybitnie szarawem zabarwieniu, przeważnie ze sobą zrośnięte, jak i z twardówką, od której łatwo je jednak odłączyć. Na powierzchni l. wzgórza wzrokowego 2 małe guzki, z boku splotu naczyniastego; dwie oboczne żyły są tu znacznie napięte. Guz nerki miał budowę mięsaka[1]).

Rozpoznanie było tu trudne. Nagły początek, zupełnie wiotkie porażenie k. k. d. usprawiedliwiało rozpoznanie zrazu poliomyelitidis, choć jednoczesne znaczne porażenie pęcherza i odbytnicy zaliczyć należałoby w cierpieniu tem do nader rzadkich wyjątków. Badanie dziecka, wykonane tuż przed przybyciem na oddział, wykazało wyraźne zaburzenia czucia bólowego i, co najważniejsze, twarde, niezmieniające się przy zmianie pozycji wygórowanie części przykręgowej lewej dolno-grzbietowej i górno-lędźwiowej. Zwrócono również uwagę, że dziecko utykało na l. nóżkę, która bolała ją już kilka miesięcy. Na tej podstawie rozpoznano guz, wzgl. mięsak, drążący z okolicy przykręgowej poprzez kręgi do rdzenia i uciskający ogon koński, wzgl. stożek rdzeniowy. Sekcja wykazała, że to pierwotne przypuszczenie było słuszne.

W rozprawie Płońskier zaznacza, że był to guz wybitnie rozpadowy, co tłumaczyłoby poniekąd wysoką t^0. Możliwy tu związek między szczepieniem Dick'a a rozwojem szybkim guza; budowę miał mięsaka, wychodził z nadnercza, nie był jednak nadnerczakiem, jest pochodnym układu współczulnego.

Goldflam zwraca uwagę, że obraz kliniczny przemawiał za sprawą, toczącą się w lędźwiach, szybko postępującą (ostry początek, gorączka). Porażenie ogona końskiego wywołane zostało tu przez guz, uciskający na zewnętrzną powierzchnię twardówki; zazwyczaj bywa tak dzięki guzom w samym ogonie. I przebieg bywa tu powolny. G. zwraca uwagę na szybki rozrost guza pod wpływem promieni X.

---

[1]) Późniejsze badanie mikr. ogona końskiego wykazało masy sarkomatyczne, przenikające poprzez oponę twardą na jej powierzchnię wewnętrzną i wrastające wraz z przegrodami pomiędzy poszczególne pęki ogona końskiego. Guzki na powierzchni wzgórz wzrokowych okazały się maleńkiemi przerzutami w tela chorioidea superior.

Bychowski uważa przypadek za niejasny. Obok guza była tu prawdopodobnie jeszcze jakaś sprawa zapalna. Nie można całkowicie uzależniać tu przebiegu szybkiego sprawy nowotworowej od szczepienia.

Higier uważa, że sprawa się wyjaśni, gdy będzie szczegółowo zbadany rdzeń. Możliwa tu sprawa toksyczna.

Bregman wyłącza sprawę zakaźną. Podziela przypuszczenie Płońskiera o związku między szczepieniem Dick'a a szybkim rozrostem guza. Przerzuty nowotworów do rdzeniu czynią b. szybkim przebieg cierpienia. Zbadanie rdzenia rozjaśni sprawę. Obrzęk nad nowotworem mógł wywołać objawy ze strony ogona końskiego.

Herman podaje, że twardówka była b. zrośnięta z rdzeniem; na sekcji też okazało się, że guz był bardzo duży z prawej strony brzucha, a stąd drążył na stronę lewą.

Posiedzenie dnia 3 marca 1926 r.

I. Prussakowa. **Przypadek stwardnienia wielo-ogniskowego, który rozpoczął się od napadów drgawkowych.**

G. L., lat 19, przybyła 31/I,27 r. Rozpoczęło się VI ub. r. od napadu padaczkowego. Napad powtórny po 4 tygodniach; następne już w krótszych odstępach; ostatnie 2 w ciągu tygodnia w X.27 r.

Przed $\pm$ 6 tygodniami drętwienie i osłabienie k. d. pr., a przed 3 tygodniami — k. d. lew., również i ból w kręgach lędźwiowych, promieniujący do uda oraz do l. $^1/_2$ brzucha. Od 2 tyg. nie chodzi. W lecie r. ub. utrudnione oddawanie moczu kilka dni; od paru tygodni nietrzymanie moczu.

St. ob. Źrenic odczyn +, zborność +. Odbarwienie tarcz n. wzrokowych (l > pr.). Vis. oc. d. 1/2, o. s. 1/3; pole znacznie ograniczone, zwł. od góry (dla wszystkich barw). Oczopląs, gdy spojrzy w str. prawą lub lewą (l. > pr.); k. k. g. bez objawów niedowładu. Lekkie drżenie palców rozstawionych. Nieznaczne upośledzenie diadokokinezy w k. lew. Niedowład k. k. d, l. > pr.; napięcie bez zmian. Osłabienie wszystkich rodzajów czucia od D_8, najmniej dotykowego, więcej po str. lewej; czucie ból. i temper. bardziej osłabione po str. prawej. Czucie głębokie upośledzone w palcu stopy lewej (zaznaczony zespół Brown-Séquard'a). Odruch z k. k. g. >>. Abd. — O; PR i AR—kloniczne (l. > pr.). Stopotrząs, objaw Babiń., Rossol., Mendla-Bechterewa obustron +. Dotąd dano 2 serje naświetlań kręgosłupa prom. X oraz 5% roztwór Natr. sa-

licyl. Stan znacznie lepszy; niedowład ustąpił prawie; zaburzenia czucia bólowego i ciepła pozostały po str. prawej, dotykowego (w słabym stopniu) po str. lewej.

Rozpoznanie Scl. mult. wobec typowego obrazu klinicznego oraz przebiegu nie nastręcza wątpliwości; zasługuje tu na uwagę objaw w cierpieniu tem rzadki—napady padaczkowe na początku choroby.

W rozprawie Flatau przytacza kilka przypadków sler. mult., które rozpoczynały się od napadów drgawkowych, szczególnie u 2 braci, z których jeden miał napady padaczkowe już 10 lat przed właściwem cierpieniem, u drugiego zaś obserwowano typowy obraz Scl. multipl.

Bychowski tłumaczy rzadkość napadów drgawkowych w scl. mult. niezmiernie małemi ogniskami; nie mogą one doprowadzić kory do stanu podrażnienia, wzgl. wyładowania pod postacią drgawek; dopiero zlanie się tych ognisk może stać się przyczyną drgawek, B. zna przypadek scler. mult. u dziewczynki, który rozpoczął się od napadów padaczkowych, a w przebiegu był na początku niedowład k. k. g. i d., a później niedowład $^1/_2$wiczy.

Bregman nie obserwował napadów padaczkowych w scl. mult., wzmianki o tem w piśmiennictwie rzecz b. rzadka. Spostrzegał napady te w początkowych okresach nagminnego zapalenia mózgowia. Przypadek Flataua, gdzie drgawki poprzedzały o 10 lat wystąpienie właściwego cierpienia, nastręcza wątpliwości rozpoznawcze.

Higier również nie spostrzegał w scl. mult. drgawek, Zgadza się poniekąd z Bychowskim, gdyż np. drgawki stosunkowo często są w scler. periaxialis Schildert'a (duże ogniska). Również drgawki występują w scler. mult. u dzieci (ogniska w korze) i w scler. diffusa.

Goldflam uważa, że częściej niż w enceph. leth. drgawki występują w enceph. corticalis u dzieci. U dorosłych częste w lues cerebrospinalis na początku i w przebiegu.

Prussakowa zaznacza, że w scl. mult., sądząc z piśmiennictwa, częstsze są napady ogólne, niż Jackson'a.

II Bregman, Szpilman-Neudingowa i Goldstein. **Przypadek nowotworu rdzenia, wyleczony operacją.**

A. K. lat 34. przybył 12/IV 26. Od 8 mies. bóle w lew. boku, najbardziej w nocy. Ostatnio zaburzenia wydalania moczu. Zrazu interniści przypuszczali sprawę nerkową (pyelograja — czynnościowe upośledzenie obu nerek). Kręgi, szczegl. lędźwiowe, nie były w próbach zwykłych bolesne, rentgenogram bez zmian. K. k. d. w tym okresie jeszcze

były zdrowe. 6/VII chorego przepisano na oddział nerwowy. St. ob: niedowład l. k d., >>odruchów, obust. Babiński, zaburzenia czucia na obwodzie. Objawy te stopniowo wzmagały się. Bóle w boku trwały; duże wycieńczenie. Płyn mózgowo-rdzen. ksantochromiczny, w całości krzepł; rozczepienie białkowo-komórkowe. Po nakł. lędźw. znaczne nasilenie objawów, prawie zupełne porażenie k. k. d., z trudnością siadał i obracał się na łóżku. Zaburzenia czucia aż do linji pośrodku między pachwiną a pępkiem.

Rozpoznano nowotwór rdzenia na wysokości (11 — 12) odcinków grzbietowych, prawdopodobnie zewnątrzrdzeniowy (długi okres bólów początkowych, unieruchomienie kręgosłupa). Lipjodol zastrzyknięty podpotylicznie zatrzymał się ponad 10 kręgiem grzbietowym). 15 X laminektomja (9—10 — 11 kr. grz.): stwierdzono guz łatwo wyłuszczalny. Rdzeń b. spłaszczony. Już po kilku dniach jednak były ruchy w k. d. Po 6 tyg. chory sam siadał, po 3 mies. chodził o kiju. Obecnie chodzi bez laski, jednak ruchy w l. k. d. są nieco upośledzone, odruchy z l. str. kloniczne. Odr. Bab. obustronny, z l. str.>. Zaburzenia czucia są jeszcze w l. okolicy lędźw. i na stopach, cieplnego większe. Nowotwór — miał budowę nerwowłókniaka.

Zasługuje tu na uwagę: 1) długi okres bólów początkowych bez objawów ucisku rdzenia, co naprowadziło rozpoznanie na błędne tory; 2) w okresie rozwijającego się porażenia k. k. d. wystąpił obrzęk stóp, uczucie gorąca w stopach, kłucie w palcach; t^0 38^0; obrzęk ten — znak porażenia ośrodków współczulnych w rdzeniu; 3) w okresie późniejszym w 2 tygodnie po zastosowaniu r-terapji, objawy oponowe: wybitna sztywność karku, ból w całym kręgosłupie, podniesienie t^0. Objawy te po kilkunastu dniach ustąpiły. Przyczyna ich niejasna, możnaby je powiązać z działaniem prom. Rentgena, ale zwykle objawy oponowe występują znacznie szybciej; 4) znaczne pogorszenie po nakł. lędźwiowem, które ma być charakterystyczne dla nowotworów zewnątrzrdzeniowych. Tłumaczymy je zmianą warunków ciśnienia w kanale, wzgl. przesunięciem nowotworu; 5) szybka poprawa tłumaczy się względnie krótkiem trwaniem ucisku na rdzeń; 6) w okresie poprawy chory uskarżał się na silne bóle, zwł. w l. udzie i l. boku; bóle te w mniejszym stopniu trwają jeszcze (podrażnienie opon w sąsiedztwie nowotworu). Po wyłączeniu nowotworu spostrzeżono szarawe błonki ponad nowotworem, łatwo je odłączono od powierzchni rdzenia.

W rozprawie Rotstadt przypomina własne spostrzeżenie, z okresu przedwojennego, nowotworu części grzbietowej rdzenia, w którem rozpoczęło się od bardzo silnych bó-

lów w prawym boku. Bóle te nastręczały zrazu przypuszczenie nerwobólu międzyżebrowego. Dopiero gdy nastąpiły objawy paraplegji, rozpoznanie skierowano na właściwe tory. Chory był operowany, usunięto guz rdzenia z miejsca, ustalonego w badaniu klinicznem. Po operacji tej nastąpiła b. szybko poprawa ruchów. Wyciąg, zastosowany tu przed operacją, spowodował pogorszenie, działanie jego bowiem w guzach rdzenia jest wręcz odmienne, niż w spond. t. b. c.. Stan zdrowia 54-letniego operowanego był po 2 latach zupełnie pomyślny.

Bychowski zapytuje, czy w guzie ustalono jakie ślady naświetlań prom. X. Ujawnienie odczynu zwyrodnienia w badanych mieśniach k. k. porażonych wskazywałoby na skutki ucisku guza na rdzeń.

Flatau przypomina, że obrzęk stóp może wystąpić w rozmaitych schorzeniach rdzenia (poza guzem rdzenia, w scler. multiplex i w spondylitis tbc.), przyczyną tu ucisk guza na ośrodki sympatyczne w rdzeniu. Dla k. k. g. ośrodki te założone są w 6 — 7 górn. odcinkach grzbietowych, dla k. k. d. — w 3 doln. grzbiet. i 3 lędźw. Na uwagę szczególną zasługują tu: 1) sztywność w lędźwiach i karku, powiązać je raczej należy z działaniem toksyn, niż prom. X; 2) pogorszenie po nakł. lędźwiowem, przemawia ono za guzem rdzenia. Lipjodol zastrzyknięto zbyt późno. Po wstrzyknięciu lipjodolu w przypd. Fl. błony się nie tworzyły. Dla Goldfama przypadek był klasyczny i nie nastręczał żadnych wątpliwości. Metoda lipjodolowa w diagnostyce guzów rdzenia jest prawie niezawodna. Odruch Rossolimo to poważny wskaźnik w diagnostyce chorób rdzenia. Obrzęk stóp występuje w cierpieniach cz. lędźwiowej rdzenia. Higier nie widzi przyczyny, dla której przypadek nie mógł był być rozpoznany i wcześniej; zaburzenia czucia tu typowe dla guzów na tylnej powierzchni rdzenia. Szybka poprawa po operacji rzecz zwykła w guzach łagodnych rdzenia. Sztywność karku trudno tłumaczyć podniesioną ciepłotą. Po zastrzyknięciu lipjodolu mogą tworzyć się zrosty. Goldstein podkreśla, że wobec dokładnego umiejscowienia klinicznego nowotworu rdzenia w zabiegu ograniczono się do rezekcji tylko 3 kręgów. przebieg pooperacyjny był łagodny. Rdzeń był spłaszczony, lecz poprawa nastąpiła szybko. Błony pokrywały guz, zrostów oponowych na operacji nie stwierdzono. Mackiewicz przypomina swój przypadek zupełnego porażenia k. k. d. po nakł. lędźwiowem (guz rdzenia). Rzecz niewyłączona, że krwotoki do nowotworu wywołują paraplegję. Bregman zaznacza, że zrostów na skutek naświetlań prom. X. nie stwierdzono. Toksyny mogły być wy-

zwolone naświetlaniami prom. X. Hipotonja była tu tylko epizodem. Zupełna nieszkodliwość lipjodolu nie jest jeszcze całkowicie stwierdzona.

III. J. Mackiewicz. **Przypadek lymphogranulomatosis (leczenie prom. Rtg.).**

M. L., 42 l.. przybył 13/XII. 26. po raz czwarty. Choruje od zimy 1923 r., gdy wystąpiły bóle w dolnej części klatki piersiowej opasujące, szybko narastało osłabienie k. k. d,; odruchy ścięgnowe były (obj. Bab. obustronny bez Mendel-Bechterewa i Rossolimo. Znieczulenie od poziomu o 2 palce powyżej pępka w dół. Rtg.: duży guz śródpiersia. P. L.: ksantochromja, Nonne-Appelt + +, bez pleocytozy, Wassermann we krwi i płynie. — Pod lewą pachą skupienie gruczołów. Wkrótce paraplegja k. k. d.. Na początek 1-sza serja naświetlań (śródpiersia i kręgosłupa). Po upływie 2 tygodni pierwsze ruchy w k. k. d.. Po 5-u serjach zaczął chodzić, guz śrópiersia stale się zmniejszał. W końcu r. 1924 chodził o 2 laskach. W r. 1925 chód się zupełnie poprawił, tylko o jednej lasce (chodził stosunkowo dużo (do 2 kilom.) z ciężarem do $^1/_2$ puda; wrócił do ciężkiej pracy rolnej. 2 lata temu powiększenie gruczołów pod prawą pachą, a wkrótce i pod prawym obojczykiem. Ostatnio obrzęk prawej stopy, czasami i uda. Od dwu miesięcy po przeziębieniu szybkie pogorszenie stanu ogólnego, duże skupienia gruczołów na szyi. Ostatnio często gorączkuje, miewa dreszcze, od 2 tyg. narasta obrzęk obu k. k. d. i także dolnej części tułowia.

St. ob.: B. blady, na szyi skupienia gruczołów o konturach nieprawidłowych, wymiarów 6 x 8; w jamach nadobojczykowych też duże skupienia, sięgające w głąb, prawie chrząstkowej konsystencji. Pod prawą pachą, u samej klatki piersiowej, spłaszczony pakiet gruczołów, dość twardy, lecz ruchomy we wszystkich kierunkach. U obu pachwin b. znaczne skupienia powiększonych gruczołów, sięgające wgłąb jamy brzusznej. Obrzęk skóry na brzuchu, mosznie i prąciu. B. znaczny obrzęk obu k. k. d. Serce i płuca +. Śledziona oraz wątroba znacznie >>. Nn. czaszkowe, k k. g. bez zmian; chodzi nieźle i bez laski, siła mięśni pr. k. d. słabsza; PR. dość żywe, AR wzmożone, Babiński + z obu stron, Rossolimo niema. Nieznaczne zaburzenie zwieraczy. Czucie zachowane. Prześwietlenie prom. Rtg. 14/XII 26 r.: śródpiersie bez guzów. 15/XII 26 przystąpiono do serji naświetlań prom. Rtg. 3/I 27 obrzęk na k. k. d. znacznie mniejszy, gruczoły w niektórych miejscach zmniejszają się 14/I 27 t° wieczorem 39,4; tętno 130, dreszcze, 17/I nakłucie

w prawym boku; tu dość znaczny wysięk. Wypuszczono 60 cm^3 bursztynowego płynu. 19/I, t^0 39,2; tętno 132 21/I exitus. Sekcja: pericarditis et pleuritis ambilateralis serofibrinosa; lymphogranulomatosis. Tumor lienis subacutus permagnus. Obfuscatio parenchymatosa hepatis et renum. Ascites. Anasarca. Inanitio.

W rdzeniu, w okolicy szyjowej, szare zwyrodnienie słupów tylnych Golla, w grzbietowej, zwyrodnienie bocznych słupów piramidowych. Badanie gruczołów naświetlanych wielokrotnie i naświetlanych raz jeden (miesiąc przed śmiercią) wykazuje duże różnice w ich budowie, która pozatem jest limfogranulomatyczną, typową. Zasługują na uwagę następujące momenty: 1) duży guz śródpiersia pod wpływem serji naświetlań zupełnie znikł, 2) objawy uciskowe rdzenia, spowodowane prawdopodobnie guzowatością, pod wpływem tego leczenia, po upływie 3 lat, również prawie zupełnie przeszły (autopsja guzowatości uciskających rdzeń nie wykakazała); 3) wpływ prom. Rtg. uwydatnia tu jeszcze i to, że skupienia powiększonych gruczołów wystąpiły w rozmaitych okolicach, z wyjątkiem lewej pachy (która była w swoim czasie wielokrotnie naświetlana).

W rozprawie Bregman przypomina demonstrowany (wraz z Jastrzębskim) przypadek nowotworu złośliwego płuc z przerzutami w mózgu; był on poddany działaniu prom. X. Pod ich wpływem komórki nowotworowe z mózgu barwiły się inaczej niż komórki z guza, w płucach naświetlanego.

Higier rozpoznaje tu raczej sprawę toksyczną w rdzeniu.

Goldflam skłania się tu też do rozpoznania myelitis toxica.

Flatau podkreśla, że nie było jeszcze wykonane badanie histologiczne. Rozrzucone wzdłuż kręgów masy guzowate na skutek ucisku na naczynia, mogły były spowodować z kolei rzeczy zmiejszony dopływ krwi do rdzenia; obraz kliniczny w tym przypadku istotnie odpowiadał przebiegowi myelitis.

Mackiewicz zaznacza, że patogeneza nie jest tu jeszcze zupełnie wyświetlona. Obraz krwi był nietypowy dla lymphogran. malign.

Posiedzenie z dn. 7 kwietnia 1927 r.

I. Orliński. **Przypadek hemiparkinsonismus sine tremore.**

K. P. 51 lat, rzeźnik.; przybył 20.III. 27 z powodu bólów w k. górn. prawej, okresowych obrzęków dłoni pra-

wej, oraz osłabienia tejże kończ. Chory jakoby od 6 miesięcy po gorącej kąpieli, z której wyszedł na mróz. Poczuł wtedy w okolicy ramienia i przedramienia pr. ból kłujący, powtarzający się napadowo. Ból po 3 dniach stosowania leków zewnętrznych zanikł. 4 mies. temu zauważył obrzmienie pr. dłoni oraz odczuwał drętwienie w praw. przedramieniu. W tym mniej więcej czasie wystąpiło osłabienie kończ. górnej praw., szczeg. dłoni.

Przed miesiącem osłabła też nieco kończ. dolna prawa. St. ob. Narządy wewnętrzne +. Pirq. +++; Ciśń. maks. = 123, c. min. = 80. T⁰ — norm. Tętno — przyśpieszone nieco. Twarz zastygła; skóra na niej — lśniąca, nieco wilgotna. Nerwy czaszkowe +, być może zamykanie powiek po str. prawej nieco słabsze.

K. k. górne: prawa dłoń — obrzmiała; ruchy palców tu mniej zgrabne, niż u lewej; napięcie mięśniowe być może wzmożone. Uścisk dłoni prawej — słabszy. K. k. dolne: Siła, ruchy +. Napięcie — być może nieco wzmożone. Odr. z triceps i okostnowe żywe. PR. AR. +; prawe nieco żywsze. Brzuszne — słabe; po str. praw. słabsze. Podeszwowe — b. słabe. Zgięcie mniej zaznaczone po str. praw. Objawu antagonistów —. Niema żadnego obrzmienia ani w k. k., ani w języku. Gdy chodzi, b. mało kołysze k. k. górnemi, trzyma się naogół sztywno. Gdy choremu nadać położenie pochyłe ku tyłowi, następnie pozbawić go oparcia, wtedy robi on kilka kroków ku tyłowi. Apatyczny, powolny, mało się interesuje otoczeniem.—Należy przypuszczać, iż chory cierpi na postać połowiczą choroby Parkinsona bez drżenia.

W rozprawie Bregman uważałby tu za słuszniejszą nazwę: Paralysis agitans sine agitatione.

II. Szpilman-Neudingowa. **Przypadek schorzenia ogona końskiego o niezwykłym przebiegu.**

G. G., lat 36; pierwszy raz na oddziale od 19/VIII—1/IX 1926. Napadowe bóle w krzyżu i k. k. d., początkowo w pr. k. d. Napady co parę tygodni, po kilka dni. Lekkie zaburzenia urynowania. Od 17 lat ropotok uszny; prawem nie słyszy, lewem źle. W roku 3 — 5-dniowe okresy gorączki (do 40⁰). Zrazu leżał, potem znów pracował.

St. ob. Obustronny objaw Laségue'a: odruchy kolan.: pr. — zniesiony, l. — zachowany, tak samo odruch ze ścięgna Achil.. Podeszw. — zginanie palców. Chód i nachylanie się dobre. Kręgosłup bolesny z ucisku od środkowej części grzbietowej w dół. Obracanie głowy i barków niebolesne. Roentgenogram kręgów bez zmian. W płucach,

sercu bez zmian. K. k. g. i d. ruchowo norma. Mocz norma. Pirquet +. Obustronne zapalenie ropne ucha środkowego.

24/X 1926 przybył ponownie. Bóle krzyża, między łopatkami. T⁰ do 38⁰. W kilka dni póżniej nowy napad bólów w krzyżu i k. k. d, szczeg. w l. k. d. Siedlisko bólów, jak w rwie kulszowej. Ciepłota do 39,5⁰, wahała sie w dużych granicach, potem podgorączkowa. Leżał; największe bóle w nocy, ze spadkiem t⁰ nie ustawały. Ruchy lewą stopą i palcami nieco utrudnione. Odr. pr. kol. i obustr. ze ścięgna A c h i l. = O. Podeszwowe — zginanie palców. Nosidłowe, brzuszne +. Punkty pośladkowe, łydki i n. strzałkowy na ucisk niobolesne. Zaburzenia czucia n a p o ś l a d k a c h i s c r o t u m. IV, V kr. lędźw., kość krzyżowa z ucisku niebolesne. Obarczanie barków—ból w okol. lędźw. i krzyżowej. Badanie per rectum — ujemne. Pirquet tym razem ujemny. W plwocinie laseczników nie stwierdzono. Nakłucie lędźwiowe płynu m.-rdzen. nie dało, igłą napotykano na opór. 16/XI Lipjodol podpotylicznie, przyczem chory doznał b. silnego b ó l u w l. u c h u. Lipjodol zatrzymał się na wysokości kręg. lędźw. (od I — V kr.) w postaci skupień większych i mniejszych kropkowatych i pałeczkowatych. Skupienia gromadzą się po obu stronach linji środkowej, większe znajdują się na wysokości III i IV kr. lędźw., na wysokości V kr. — dwie małe pałeczki. Płyn, otrzymany przez nakłucie, zawierał 10 limf., NA. —, białka 0.2⁰/₀₀. W krwi bez leukocytozy (5.950 b. c.), mały % limfocytów (10%); bez pasorzyta zimnicy i drobnoustrojów.

Na oddziale stan z wahaniami; bywały okresy z podniesioną t⁰ i większemi bólami. Raz stwierdzono lekką sztywność karku i wypryszczkę na górnej wardze. Ponowne badanie uszu nic nowego nie wykazało, wyrostki sutkowe nie były bolesne. Pomimo r-terapji bóle wzmogły się, ciepłota >; wycieńczenie. Na początku lutego p o n o w n e nakłucie lędźwiowe płynu n i e d a ł o Po wyjęciu igły stwierdzono na niej małą kroplę r o p y. Badanie drobnowidzowe wykazało liczne ciałka ropne, d r o b n o u s t r o j ó w nie znaleziono. W tym okresie, w okolicy ostatniego kręgu lędźwiowego — wygórowanie. Obraz choroby i przebieg wskazywał na sprawę w okolicy ogona końskiego: bóle, przypominające rwę kulszową; zaburzenia czucia, odpowiadające korzeniom krzyżowym; brak odruchu ze ścięgna Achil. i praw. kolan.; silne bole o charakterze korzeniowym. Zastrzyknięcie lipjodolu dało potwierdzenie rozpoznania. Ze względu na wysoką gorączkę należało wyłączyć sprawę nowotworową. Zaburzone wydalanie moczowe i brak odr. kolan. przemawiały przeciw sprawie w stożku końcowym. Należało przy-

puścić bądź w obrębie ogona końskiego, bądź w kręg. lędźwiowych, przewlekłą sprawę zapalną z uciskiem na korzenie, ogon koński.

Dla przymiotu nie było danych (Wasserm. we krwi—0), jak również dla gruźlicy. Wobec tego rozpoznano sprawę ropną. 12 II 27 operacja (dr. Goldstein). Po przecięciu skóry i części miękkich—r o p a; usunięto wyrostki ościste; ropa wypływała z boku kręgosłupa. Po operacji stan ciężki. Wymioty, zapaść; dn. 18-II exitus.

Badanie pośmiertne: kręgosłup bez zniekształcenia, kształt trzonów +, przekrój przekrwiony, spoistość b. zmniejszona, na przekroju kropeczki o wyglądzie ropnym. Wewnątrz worka opony twardej kilka drobnych zlepów o szarem zabarwieniu. Obustron. ropienie w musc. ileo-psoas, ropne zapalenie otrzewny o charakterze zlepnym. Małe ognisko ropne w migdałku. Drobnowidowo — bez danych dla sprawy gruźliczej (dr. Płońskier). Była tu więc sprawa zapalna w trzonach kręgowych, z ropieniem w kanale kręgowym, i ucisk na ogon koński. Punktem wyjścia najprawdopodobniej ognisko ropne w migdałku.

W rozprawie Bregman wskazuje na trudności rozpoznawcze. Na uwagę zasługuje tu ból w uchu po nakłuciu podpotyliczem. Autopsja ujawniła niezwykłe i nieoczekiwane zmiany: kolosalne ropienie w mm. ileo-psoas i peritonitis. Herman omawia przypadki spondyl. pochodzenia zakaźnego w lędźwiowiowej części kręgosł. niegruźlicze. Obrzęk k. k. d. stanowi ich cechę charakterystyczną. Leukopenja, limfopenje i wysoka ciepłota w dan. przypadku nastręczać mogła przypuszczenie spond. typhosae. Higier uważa, że przypadki spond. infectiosae są znacznie rzadsze niż spond. tbc. Rozpoznanie ich nastręcza często znaczne trudności.

Rotstadt podkreśla, że między innemi brak zmian wtórnych przerostowych w oponie twardej wyłącza tu spond. tbc.. R. przed laty opisał przypadek spond. tbc. u starca bez zniekształceń zewnętrznych kręgosłupa, ze znacznemi natomiast zmianami w dura mater, a stąd z objawami uciskowemi rdzenia.

Flatau uważa też przypadek za niezwykły. Wywiady i ciepłota nie przemawiały za spond. typh. Raczej należało myśleć o posocznicy. Szeregi kropel na rentgenogramie (po injekcji lipjodolowej) spostrzega się w mening. adhaesiva. Nie jest wyłączone, że punktem wyjścia sprawy ropnej w kręgach było ognisko ropne w migdałku. Bregman

i Neudingowa, uzasadniają na podstawie objawów klinicznych brak danych dla rozpoznania spond. typh. za życia. Obraz lipjodolowy nie odpowiada danym sekcyjnym.

III. Mackiewicz. **Przypadek aptrophia musculorum progressiva z objawami ze strony układu współczulnego.**

1. L., 63 l.; narastające osłabienie pr. k. d. od 8 miesięcy. Od 6 tyg. zczernienie paznogci, zrazu palucha, a stopniowo i na pozostałych palcach.

St. ob.: Narządy wewnętrzne, nerwy czaszkowe, k. k. g. bez zmian. Odruchy brzuszne, mosznowe +. Chory powłóczy pr. k. d.; leżąc, unosi ją en masse zaledwie o 15 ctm. wyżej poziomu; ruchy w stawach kolanowych oraz biodrowym zachowane, natomiast stopą, palcami nie porusza. Wychudzenie pr. uda (o 6 cmt.) i podudzia (o 3 cmt.). PR po str. prawej b. słaby, po str. lewej zachowany; AR—po str. praw. 0; po lew, zachowany; Odr. podeszw. po str. praw. — 0, po lewej — zginanie palców. Objawów Babińskiego, Rossolimo, Mendel-Bechterewa niema. Odczyn zwyrodnienia w n. peroneus, tibialis i m. gastrocnemius po str. prawej, oraz znaczne zmiany ilościowe w innych mięśniach tejże kończyny. Zwraca uwagę bardzo twarda konsystencja m. gastrocnemius dexter. Przykurczenie prawego ścięgna Achillesa. Znaczny obrzęk prawej stopy, sinawe zabarwienie skóry ponad obrzękiem oraz obniżenie temperatury tamże. (Po upływie 2 dni, podczas których leżał w łóżku, obrzęk ten zupełnie znikł). W mięśniach k. k. d. stwierdza się obfite drżenie włókienkowe. Objaw André-Thomas'a po stronie lewej wyraźniejszy. Próba pilokarpinowa nie wpłynęła na występowanie objawów André-Thomas'a. Czucie wszelkich rodzajów zachowane. Płyn m. rdz. bez zmian.

W danym przypadku ma się do czynienia z postępującym zanikiem mięśni rdzeniowych (drżenie włókienkowe oraz daleko posunięte zmiany elektryczne w mięśniach i nerwach). Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na towarzyszące objawy, a mianowicie: obrzęk stopy, zmiana barwy skóry, obniżenie temperatury oraz dystrofja paznogci. Objawy te są spowodowane cierpieniem układu współczulnego, co wskazuje na to, iż sprawa zwyrodnieniowa dotyczy również przednio-bocznej kolumny komórek współczulnych, na co w danem cierpieniu dotąd zwracano stosunkowo mało uwagi.

W rozprawie Higier uważa, że Atr. musc. progr. jest chorobą rzadko spotykaną. Kwestjonuje tu słuszność rozpoznania wobec: 1) rzadkości cierpienia, 2) wieku

chorego, 3) początkowych objawów w k. k. d., a nie, jak zwykle, w k. k. g., 4) niezwykłego przebiegu. Objawy współczulne nie przemawiają bynajmniej za Aran-Duchen'em; zarówno one, jak i drgania włókienkowe, mogą być wyrazem senilitatis. Przypadek wymagałby dokładniejszego opracowania. Bregman, wyłączywszy polyneuritis, przychyla się naogół do rozpoznania prelegenta, zaznacza jednak, że samoistne cierpienie Aran-Duchen'a jest bardzo rzadkie, należy tu szukać dokładnej etiologji i patogenezy; ważne są wywiady (kiła): przypadki poliomyelitis przebiegają z objawami współczulnemi. Flatau nie stwierdzał niezwykłej rzadkości omawianego cierpienia. Znane są przypadki z początkowemi objawami w k. k. d. Obraz kliniczny w zupełności przemawia tu za atrophia muscul. progr. spin. Natomiast zaburzenia współczulne w tem cierpieniu są niezmiernie rzadkie. Nie jest ono pochodzenia zakaźnego i nierozpościera się na cały rdzeń. Mackiewicz w odpowiedzi omawia raz jeszcze szczegółowo diagnostykę różnicową przypadku.

K. Poncz. **Przypadek guza zwojów środkowych wrastającego do komory trzeciej.**

F. B., l. 7, zapisała się dn. 28/1 1927. Chora od kilku miesięcy. Rozpoczęło się od napadu silnych bólów głowy; straciła przytomność. Od tego czasu stale w łóżku, narzeka na uporczywe bóle głowy. Zanieczyszcza się. Dwa miesiące przed wystąpieniem obecnego cierpienia jakaś choroba gorączkowa. Od dłuższego już czasu bóle w l. k. d., chromała.

St. pres. Chora apatyczna, leży spokojnie. Mocz i kał oddaje pod siebie. Naogół przytomna, nieraz uśmiech bez przyczyny; odpowiada po dłuższej przerwie. Wymiotuje niezależnie od przyjmowania pokarmów. Narzeka na ból główki, pokazuje czoło. Opukiwanie całej czaszki bolesne, największa bolesność w części czołowej. Odczyn źrenic na światło leniwy; prawa nieco szersza i gorzej reaguje. Ruchy gałek ocznych we wszystkich kierunkach zachowane. Ny — 0. Odruchy spojówkowe: pr. zniesiony zupełnie, l. bardzo słaby; rogówkowe — umiarkowane. Główkę trzyma skośnie, zlekka w lewo. W uśmiechu pr. fałd nosowo-wargowy zupełnie wygładzony. Lekki niedowład, bezład i niezborność w p. k. k. Ruchy obrotowe udem prawem, zwł. nazewnątrz, bardzo bolesne. Nadczułość bólowa i osłabienie czucia dotyku po str. prawej. Sama usiąść nie może; posadzona pada w tył. W chodzie z oparciem zatacza się w prawo. Przed przybyciem na oddział już stwierdzono chód móżdżkowo-bezładny (dr. Goldflam). Bierne poruszanie głowy ku przodowi i na strony napotyka opór i jest bolesne (chora reaguje krzykiem).

Dno oczu: obustr. tarcza zastoinowa. Palce liczy z odległości 2 metrów.

Płyn m.-rdzen. i mocz bez zmian. Badanie krwi morf: er. 3.670.000, leuk. 11.000, neutr. 22%, eozyn. 1%, limfoc. 1%, monoc. 73%. Rentg. czaszki: synchondrosis sphero-basilaris — zachowaną ma szparę. Wymiary s. tur. równomiernie powiększone. Odcz. Wasserm. we krwi i pł. m.-rdz. ujemny.

Pomimo stosowania od początku rentgenoterapji stan chorej stale się pogarszał. W przededniu śmierci opukiwawanie czaszki wywołuje większą bolesność po stronie lewej. L. k. g. wykonywa szereg ruchów tonicznych; gałki oczne nieskoordynowane, pr. ustawiona w lewo.

Na autopsji wykryto: guz zwojów podstawowych, wychodzący z caput nuclei caudati i wypełniający na przekroju poprzecznym w części ciemieniowej mózgu prawie całą komorę i częściowo, po zniszczeniu sept. pelluc. i columm. fornicis, przechodzący do komory prawej. Na przekroju poprzecznym w części potyliczej mózgu widać, jak guz drąży do komory trzeciej.

Ognisko nowotworowe w zwojach podstawowych powodowało tu zespół objawów, którego geneza w klinicznem badaniu była niejasna, były one nietypowe dla zespołów, związanych z cierpieniem węzłów podstawowych.

W rozprawie Bychowski (sen.) podkreśla tu trudności rozpoznawcze. Bregman podaje pozatem, że przed przybyciem na oddział sądzono nawet o guzie móżdżku z chodu móżdżkowo - bezładnego (Goldflam). Niedowład p. k. k. obok nadczułości bólowej i bolesności z ruchów biernych, bezwład i niezborność — nie przemawiały za ogniskiem w korze lub torebce wewnętrznej, raczej za zespołem wzgórkowym, dla którego charakterystyczną jest bolesność zarówno z ruchów biernych, jak i samoistna. Mackiewicz mówi o budowie histologicznej nowotworów mózgu, przypuszczać, że w danym przyp. guz był glejakiem. Goldflam dodaje, że duże wodogłowie wewnętrzne, a w związku z niem ucisk na móżdżek, mogły powodować objawy móżdżkowe. Flatau stwierdza, że za życia nie było objawów, nasuwających rozpoznanie cierpienia w zakresie zwojów podstawowych. Zaburzenia czucia bólowego nie są typowe dla zespołów wzgórkowych, raczej spostrzega się tu odchylenia w stanie czucia głębokiego. Fl. nie podziela zdania Bregmana, że w zespołach talamicznych jest charakterystyczna bolesność w ruchach biernych. Poncz w odpowiedzi wyodrębnia objawy kliniczne, które tu mogły były przemawiać za siedliskiem zaburzenia w zwojach podstawowych.

NADESŁANE.

Prof. Dr. J. Lenartowicz. Czem są i czem grożą choroby weneryczne.

SPROSTOWANIE.

W zesz. II-im 1927 r. str. 146, w artykule M. Wygodzkiego, wszędzie zamiast tonsillotomja należy czytać tonsillektomja.

W zesz. III-im 1927 r. na str. 241 powinno być: Wertheim i Gombiński. Przypadek nowotworu szczęki.

OD REDAKCJI.

Redakcja podaje do wiadomości czytelników „Kwartalnika", że z inicjatywy jednego z ordynatorów Szpitala odbędzie się w czasie od 1. II. 28 — 1. X. 28 „Konkurs im. Kwartalnika Klinicznego Szpitala na Czystem" na najlepszą pracę oryginalną, wzgl. zestawienie zbiorowe, z pogranicza chorób nerwowych (lub duchowych) a ginekologji, nieogłoszonych do 1. I. 28. Inicjator złożył sto złot., jako zapoczątkowanie nagrody za najlepszy nadesłany w tym czasie do redakcji Kwartalnika artykuł o tym przedmiocie. Udział w konkursie mają prawo wziąć wszyscy czytelnicy Kwartalnika. Praca będzie wraz z tablicami, rysunkami i t. p. wydrukowana bezpłatnie w Kwartalniku. Sąd konkursowy utworzą trzej wybrani członkowie Komitetu Redakcyjnego Kwartalnika łącznie z psychjatrą, zaproszonym z grona lekarzy Szpitala.

TREŚĆ NUMERU.

SOMMAIRE.

A. Zamenhof — L'image photographique du fond de l'oeil. *A. Graber.* — L'importance de la formation par le sang de la ligue de défense dans le traitement des anthrax. *M. Szour.* — Les recherches sur le sign de Rumpel-Leede dans les maladies internes. *E. Pain et R. Szejn.* — La valeur thérapeutique des injections intraveineuses des solutions hipertoniques du glucose dans la tuberculose pulmonaire. Comptes rendus de seances cliniques à l'Hôpital israelite à Varsovie (I. 27 — VI. 27).

Redaktor: **J. Rotstadt.**

Komitet Redakcyjny: **L. Bregman, E. Flatau, G. Lewin, M. Lubelski, L. Lubliner, A. Natanson, Wcł. Sterling, J. Szwajcer.**

Adres redakcji i administracji

Szpital Starozak., Pawilon IX, Oddział Terapji Fizykalnej, tel. 107-12. Dr. J. Rotstadt.

Skład Główny: Księgarnia Geberthner i Wolf. Krakowskie Przedmieście 15, tel. 4-12.

ZAKŁADY GRAFICZNE NEUMAN & TOMASZEWSKI WE WŁOCŁAWKU.

Statystyka ruchu chorych w Szpitalu Starozakonnych na Czystem w 1926 r.

Liczba chorych 15.481. Dni szpitalnych preliminowanych 399.310. Istotna liczba przebytych dni szpitalnych 351.192.

RUCH CHORYCH NA POSZCZEGÓLNYCH ODDZIAŁAGH

ODDZIAŁY	CHORYCH Mężczyzn	CHORYCH Kobiet	Razem chorych	Stosunek % do ogółu chorych	DNI SZPITALN. Kobiet	DNI SZPITALN. Mężczyzn	Razem dni szpitaln.	Stosunek % do ogółu dni szpital.	Wartość przebytych dni i świadczeń zł	gr	W tem bezpłatne zł	gr	Należność netto zł	gr
Chirurgiczne	2702	1926	4630	30%	42662	49769	92431	26,3%	włącznie z leczeniem prom. Rtgena zł. 15.200.30					
Oczny	199	213	412	2,6%	6168	5064	11232	3,2%						
Ginekologiczne	—	1030	1030	6,5%	19978	—	19978	5,7%						
Położniczy	—	1911	1911	12,3%	12435	—	12435	3,5%						
Skórno-Weneryczne	330	281	611	4%	10138	16021	20159	5,7%						
Płucno-Laryngolog.	275	273	548	3,5%	6177	7161	13338	3,8%						
Zakaźne	1156	1338	2494	16,4%	15971	13417	29388	8,3%						
Wewnętrzny	1084	985	2069	13,3%	25623	27530	53153	15,1%						
Psychjatryczne	288	351	639	4,1%	39311	29833	69144	19,6%						
Nerwowo-Wewn.	582	555	1137	7,3%	14281	15653	29934	8,8%						
Razem	6616	8865	15481	100 %	192744	158448	351192	100%	2639362	20	45516	20	2593846	30
Oddział dla rekonwalesc.							2408		16856	—	16856	—		
							353600		2956218	50	62372	20	2593846	30

Ruch chorych wdlg. kategorji.

KATEGORJE	Liczba chorych	Stosunek procent. do ogółu chorych	Liczba dni szpitaln.	Stounek procent. do ogółu dni szpit.	Równowart. przebytych dni zł	gr	W tym bezpłatnie leczonych zł	gr	Ciężko chorych z Warszawy	Ciężko chorych z Prowincji	Pogotowie Ratunk.
Z Warszawy	7.902	51,3%	158382	45,09%	Włącznie z leczeniem prom. Rtgena zł. 15.200.30						
Z Prowincji	4.422	28,5%	134909	38,41%							
Z Wydziału XVII	211	1,3%	3794	1,08%							
Z Warszaw. Kasy Chor.	2.408	15,5%	43407	12,4%							
Z Powiatowych Kas Chor.	250	1,6%	5581	1,5%							
Z Instyt. Państw.i Kolej.	119	0,76%	2279	0,65%							
Z Organiz. Pomocy Lek.	162	1,—%	2414	0,7%							
Z Studenckiej Kasy Chor.	7	0,4%	426	0.17%							
Razem	15.481	100%	351192	100%	263936	50	45516	20	1.892	938	696
Oddział dla rekonwalesc.			2408				16856	—	11,5%	6,01%	4,5%
		dni	353600				62372	20			

RUCH CHORYCH WDŁG. WYZNAŃ

OGÓLNA LICZBA CHORYCH	ŻYDÓW Liczba chorych	ŻYDÓW stos. proc. do ogółu chor.	ŻYDÓW Liczba dni szpitaln.	ŻYDÓW Stos. proc. do ogółu chor.	Warszawa Liczba chorych	stos. %	Liczba dni szpitaln.	stos. %	Prowincja Liczba chorych	stos. %	Liczba dni szpitaln.	stos. %	CHRZEŚCIJAN Liczba chorych	Stos. proc. do ogółu chor.	Liczba dni szpitalnych	Stos. proc. do ogółu chor.	Warszawa Liczba chorych	stos. %	Liczba dni szpitaln.	stos. %	Prowincja Liczba cohrych	stos. %	Liczba dni szpitaln.	stos. %
15.481 Dni Szpitalnych 351.192	12087	78%	297044	84%	7770	64%	164580	54%	4317	36%	132464	46%	3394	22%	54148	16%	3039	89%	46122	85%	355	11%	2026	15%

Ruch poszczególnych kategorji chorych z uwzględnieniem wpływów i należności za leczenie.

KATEGORJE CHORYCH	Liczba dni szpitalnych	Równowart. zł	gr	Pozostało z 1925 zł	gr	Razem należało się zł	gr	Wpłynęło w r. 1926 zł	gr	Pozostało na r. 1927 zł	gr	Stosunek procentowy wpływów do ogólnej należności %
Warszawa	158.382	1.153.442	70	873.964	78	2.027.407	48	473.399	92	1.554.007	56	23.35%
Prowincja	134.909	1.073.545	40	614.773	—	1.688.318	40	337.823	70	1.350.494	70	20 %
Wydział XVII	3.794	25.690	—	29.928	—	55.618	—	10.141	80	45.476	20	18.8%
Warszawska Kasa Chorych (wraz z dopłatą Magistratu)	43.407	296.158	—	146.849	44	443.007	44	335.403	58	107.603	86	75 %
Powiatowe Kasy Chorych	5.581	44.477	—	23.695	45	68.172	45	7.544	65	60.627	80	11 %
Instytucje Państwowe i Kolejowe	2.279	11.749	50	3.865	12	15.614	62	4.165	62	11.449	—	26 %
Organiz. Pomocy Lek. i Prac. Miejsk. Zakł. Autonomiczn.	2.414	16.502	—	2.061	34	18.563	34	14.865	50	3.697	84	80 %
Studencka Kasa Chorych	426	2.597	60	—	—	2.597	60	289	33	2.308	27	11 %
Ogółem	351.192	2.624.162	20	1.695.137	13	4.319.299	33	1.183.634	10	3.135.665	23	27,4%

Uwaga. 1) W liczbie wpływów z Warszawy mieści się suma zł. 329.925,80, wpłaconych przez Wydział XVII.

2) „ „ „ z Kas Chorych „ „ „ „ 140.817,58, „ „ Mag. m. Warszawy.

3) Do 1-go czerwca 1926 r. ściąganiem należności z instytucji państwowych, Kas Chorych (Warszawskiej i Powiatowych), zajmował się Wydział XVII. Sumy, wyżej podane, wpłynęły w przeważnej części po 1. czerwca 1926 roku.

4) Przedstawione akty ubóstwa za r. 1924 i 1925 zaliczono Szpitalowi przez Wydział XVII, jako pokrycie deficytu w r. 1925.

Rozrachunek z Warszawą. — Egzekucje za 1926 r. wyłącznie.

Stosunek %	Liczba chorych			Liczba dni szpitalnych			Równowartość		Leczono bezpłatnie		Wpłynęło przy przyjęciu		Wyegzekwowano		Sporządz. aktów ubóstwa		Nieustalono		Pozostaje	
	Mężczyzn	Kobiet	Razem	Mężczyzn	Kobiet	Razem	zł	gr	zł	gr	zł	gr	zł	gr	zł	gr	zł	gr	zł	gr
	3,037	4.865	7,902	68.973	89.409	158382	1.153.442	70	43.322	80	50.694	40	40.674	57	600.614	95	119.586	45	298.549	53
mężczyzn i kobiet do ogólnej liczby chorych	38.4%	61,6%	100%																	
mężczyzn i kobiet do ogólnej sumy dni szpitaln.				43%	57%	100%														
poszczególnych sum, do równowartości									3.6%		4,4%		3.5%		51.8%		10.2%		26,5%	

Rozrachunek z prowincją.
za rok 1926 wyłącznie.

Liczba chorych			Liczba dni szpitalnych			Równowartość		Wpłacono przy przyjęciu		Bezpłatnie leczono		Wpłacono na skutek korespond.		Ogółem wpłacono na poczet należności		Stosunek % wpływu do należn.	Pozostaje na rok 1927		Stosunek % pozostałości do należ.
Mężczyzn	Kobiet	Razem	Mężczyzn	Kobiet	Razem	zł	gr	zł	gr	zł	gr	zł	gr	zł	gr		zł	gr	
2.166	2.256	4.422	63.443	71.466	134909	1.073.545	40	150.169	63	2.913	40	50.912	90	203.995	93	19%	869.549	47	81%

Za lata ubiegłe.

Pozostało z r. 1925		Wpłynęło w 1926 r.		Pozostało na r. 1927		Stosunek % otrzymanych sum do nal.
zł	gr	zł	gr	zł	gr	
614.773	—	135.763	36	479.009	64	22,08%

Rok 1926.

Wykaz wydatków, poniesionych przez Szpital Starozakonnych, z uwzględnieniem kosztu poszczególnych pozycji budżetowych na jeden dzień szpitalny. Dni szpitalnych — rzeczywistych 351.192 — prelim. 399.310.

Paragraf budżetu	NAZWA KREDYTU	Preliminowano		Przypada na 1 dzień spitalny		Rzeczywiście wydatkowano		Przypada na 1 dzień szpitalny		UWAGI
		zł	gr	zł	gr	zł	gr	zł	gr	
	Personel lekarski	337.963	—	—	85	335.852	29	—	96	
	„ administracyjny	62.197	—	-	15	59.535	69	—	17	
	„ pracowników pozaetatowych (ambul.)	8.826	—	—	02	9.666	83	—	03	
	Renumeracje, odznaczenia i nagrody	32.013	—	—	08	39.272	—	—	26	1,42
	Personel służby salowej	658.323	—	1	65	831.235	38	2	36	
	„ gospodarczy	235.886	—	—	59	314.133	68	—	90	57%
	Renumeracja. odznaczenia i nagrody	72.243	—	—	18	90.371	33	—	11	3,37
	Zajęcia dodatkowe	1.951	—	—	—	—	-	—	—	
	Ubezpieczenie	1.871	—	—	—	1.315	31	—	—	
	Umundurowanie	6,278	—	—	02	2.431	—	—	01	
	Opał	178,046	—	—	44	163.644	59	—	46	
	Oświetlenie	22.726	—	—	06	39.373	73	—	11	
	Woda i kanały	28.539	—	—	07	33.751	53	—	09	
	Utrzymanie porządku	14.000	—	—	04	13.910	21	—	04	
	Remont budynków wewnętrzny	128.553	—	—	32	128.533	70	—	37	
	„ urządzeń mechanicznych	59,750	—	—	15	51.598	15	—	15	
	Materjały piśmienne	1.075	—	—	—	1.074	89	—	—	
	Księgi i druki	2.100	—	—	01	2.100	—	—	01	
	Prenumerata pism	562	—	—	—	561	01	—	—	
	Telefony	2.184	—	—	01	2,208	—	—	01	
	Znaczki pocztowe	1.200	-	—	—	1.596	98	—	—	
	Utrzymanie inwentarza martwego	15 000	—	—	04	16.941	78	—	05	
	Przejazdy	660	—	--	—	714	25	—	—	
	Przewozy	1.200	—	—	—	1.395	70	—	—	
	Utrzymanie inwentarza żywego	5.500	—	—	01	4.500	07	—	01	
	Pranie i reperacja bielizny	5.777	—	—	01	5.777	—	—	02	
	Różne	2.200	—	—	01	2.200	—	—	01	
	Wydawnictwo Kwartalnika Klinicznego	1.000	—	—	—	1.000	—	—	—	
	Meble i sprzęty	15.497	—	—	04	15.095	65	—	04	
	Maszyny i narzędzia lekarskie	44.333	—	—	11	44,332	88	—	13	
	Odzież, pościel i bielizna	83.000	—	—	21	82.994	33	—	24	
	Książki	1.000	—	—	—	740	01	—	—	
	Inwentarz żywy	1.500	—	—	01	—	—	—	—	
	Podatki	1.620	—	—	—	417	—	-	—	
	Opłaty	1.590	—	—	-	1.183	18	—	—	
	Remont budynków zewnętrzny	35.453	—	—	09	27.890	—	—	08	
	Utrzymanie plantacji	3.000	—	—	01	2.989	64	—	01	
	Żywienie chorych	513.913	—	1	09	462.586	16	1	32	
	„ służby	5,207	—	—	01	—	—	—	—	
	Leki i środki opatrunkowe	118.483	—	—	30	151.183	67	—	43	
	Środki dezynfekcyjne	4,000	—	—	01	3.235	70	—	01	
	Pogrzeby zmarłych	600	—	—	—	509	45	—	—	
	Fundusz do dyspozycji Zarządu Wydziału	10.382	—	—	03	2.447	65	—	01	
	Utrzymanie Kaplicy katolickiej	150	—	—	—	9	30	—	—	
	Odprawianie nabożeństw innych wyznań	500	—	—	—	403	—	—	—	
	Utrzymanie Ambulatorjum	3.500	—	—	01	3.485	72	—	01	
	„ Pracowni Naukowych	11.050	—	—	03	11.024	75	—	03	
	Razem	2.740.201	—	6	86	2.964.422	09	8	44	

Zestawił Ignacy Fliederbaum,
Intendent Szpitala.